

Mikhail Reshetnikov

CHALLENGES AND TYPICAL MISTAKES OF THE BEGINNING OF THE THERAPY

Saint-Petersburg

East European Psychoanalytic Institute
2009

Михаил Решетников

ТРУДНОСТИ И ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ НАЧАЛА ТЕРАПИИ

Санкт-Петербург

Восточно-Европейский Институт Психоанализа
2009

Р 47
ББК 88.3

Рецензенты:
доктор психол. наук Елена Змановская,
канд. мед. наук Андрей Куликов
канд. психол. наук Ольга Павлова,
канд. мед. наук Владимир Шамов

Решетников, Михаил. Трудности и типичные ошибки начала терапии. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008. — 243 с.
ISBN 978-5-91681-005-9

В работе анализируются наиболее типичные трудности и ошибки, с которыми психотерапевты сталкиваются в своей практике, а также обобщается собственный опыт автора по преодолению таких ситуаций. Хотя автор идентифицирует себя с психоаналитическим направлением, в целом, рассматриваемые случаи можно считать характерными применительно к любым методам современной психотерапии. Книга имеет ярко выраженную практическую направленность. Во второй части издания приводятся статьи автора, посвященные той же тематике, а также исторические случаи терапевтических ошибок и злоупотреблений пациентами.

Рассчитано на психотерапевтов, клинических психологов и психиатров.

СОДЕРЖАНИЕ

Часть 2
Статьи

CONTENTS

Part 2
Papers

Часть 1
Трудности и типичные ошибки начала терапии

Вместо того, чтобы пытаться осветить запутанные проблемы ярким, умным, знающим светом, я предлагаю психоаналитику уменьшить этот свет — свести его к лучу, пронизывающему тьму; к свету ночного фонарика.

Уилфред Рупрехт Бион

Введение

Свет от лампы

В 1997 году профессор Хорст Кэхеле пригласил меня ознакомиться с психоаналитическими учреждениями Германии, а я предложил отправиться в эту поездку моему другу из США профессору Харольду Стерну, который к этому времени уже год на постоянной основе работал у нас в Институте. Эта совместная поездка была очень интересной и напряженной. Она, безусловно, была также чрезвычайно полезной и заслуживает самостоятельного и подробного описания, но это — когда-либо в будущем.

На каждый день с немецкой пунктуальностью было запланировано посещение нескольких психоаналитических центров в различных городах, и значительную часть времени мы проводили с Харольдом, пересаживаясь с одного поезда на другой. Чтобы скоротать время и улучшить мой английский, Харольд предложил разбирать клинические случаи, а затем типичные ситуации, с которыми мне приходилось сталкиваться в практике и на супервизиях, что сделало эту поездку вдвойне полезной. По итогам этих обсуждений в последующем мы оба не раз проводили семинары, посвященные трудностям и типичным ошибкам начала терапии, подразумевая под этим как первый клинический опыт терапевта, так и нача-

ло любого нового случая. Таким образом, первая часть книги, как минимум, на 1/5 может рассматриваться как совместное творчество двух авторов, один из которых не питает особой склонности к литературному труду, ограничившись лишь одной книгой, хорошо известной российскому читателю[1].

Уже когда этот текст был написан, появилась идея о необходимости более обобщенно рассмотреть вопрос о том, как эволюционировала психотерапия в конце XX века в целом и в процессе возрождения психоанализа в России в частности, но, скорее всего, это станет предметом будущего исследования. Здесь же будут представлены только некоторые прагматические суждения, относящиеся, как уже было сказано, к началу терапии. При этом будут обсуждаться совершенно обыденные ситуации и вопросы, о которых обычно не пишут в учебниках, считая их не заслуживающими особого внимания или второстепенными; знаниями, автоматически приобретаемыми с опытом и т. д. Тем не менее эти вопросы возникают и у тех, кто только начинает свой профессиональный тренинг, и у тех, кто уже давно практикует, так как психоанализ — это всегда масса непредвиденных и чаще всего уникальных ситуаций, одни из которых встречаются относительно часто, а другие — лишь один раз за несколько лет интенсивной работы с пациентами. Помня свой первый опыт и хорошо зная, как неприятно оказаться неподготовленным или даже смущенным, когда та или иная ситуация случается впервые, не буду скрывать здесь ни своего негативного опыта, ни своих ошибок.

Одновременно с этим следует сразу сказать, что эта книга — вовсе не какое-то руководство или наставление по ведению терапии, она — лишь обобщение практического опыта, который у каждого терапевта глубоко индивидуален, так же

[1] См.: Стерн, Х. Кушетка и ее значение в психоанализе. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2000.

как и «почерк» работы с пациентом. Поэтому если кто-то из специалистов выразит свое несогласие или желание вступить в полемику по тем или иным позициям, это его право, и автор всегда будет рад ознакомиться с иным взглядом на каждую из рассматриваемых проблем. Добавлю также, что знание неких типичных ситуаций и способов их преодоления ни в коей мере не заменяет и не компенсирует отсутствие реального психоаналитического образования.

Существует распространенное, но, скорее, ошибочное мнение, что психоаналитик — это некое «холодное зеркало», в котором отражается духовный мир пациента, который мы не можем наблюдать непосредственно, в отличие от внешних поведенческих феноменов, легко различаемых с помощью органов чувств[1]. Другие сравнивают психоаналитика с хирургом, который в некой стерильной (в нашем сообществе именуемой «нейтральной») среде вскрывает и миллиметр за миллиметром «удаляет» или, наоборот, восстанавливает пораженные недугом участки психики. И то и другое не вполне верно, ибо «зеркало» — вовсе не «холодное», а иногда настолько перегрето личным опытом аналитика, что отражаемого просто не видно, да и среда никогда не бывает стерильной — она всегда в той или иной мере «инфицирована» предшествующими случаями и личным, как позитивным, так и негативным, опытом терапевта. Но в этой констатации нет негативизма — в ней есть лишь предупреждение от неких паранаучных идей о терапевтическом всесилии и от слепой веры, что в процессе личного анализа терапевт приобретает некие особые качества, вследствие чего многие убеждены, что чем протяженнее учебный анализ, тем лучше. Большинство

[1] Более подробно об отличии психического и чувственного восприятия см. книгу: Решетников, М. Психическое расстройство. Лекции. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008.

из классиков психоанализа, оставивших после себя наиболее значительные труды, имели в этом плане лишь минимальный опыт, а тренинговая подготовка, получившая наименование «традиционной», канонизировались уже после Фрейда[1], и сам он далеко не всегда следовал этим правилам. Главным фактором любой терапии является личность терапевта, но, безусловно — владеющая теорией и техниками психоанализа, а также способностью обучаться, в том числе — у каждого пациента. Терапевты, которые лишь зазубрили некие правила и непреклонно им следуют, скорее должны вызывать опасения и сомнения в их профессионализме. Эти опасения можно было бы отнести и к незыблемости принципа нейтральности[2].

Основатель психоанализа, по воспоминаниям современников, мог вполне спокойно провести одну-две сессии в разговорах о себе или выразить явное раздражение, если пациенту не удавалось сформировать на него трансфер. Вряд ли

---

[1] Задачи, которые ставятся перед личным тренингом будущего специалиста, вполне конкретны: на собственном опыте убедиться, что бессознательное существует, а теория психоанализа действительно работает; почувствовать себя в роли пациента и, по возможности, проработать личные комплексы, чтобы не привносить их затем в терапию. Как видим, здесь нет никаких указаний на длительность личного анализа — все характеристики являются качественными, а не количественными. Поэтому, когда некоторые ортодоксальные коллеги настаивают на том, что личный анализ должен длиться годы (и даже десятилетия), уместен вопрос о том, не базируется ли этот подход на сомнительных представлениях, что те, кто приходит в нашу профессию, всегда более несохранны, чем их будущие пациенты?

[2] Чтобы у читателя не сложилось ошибочных представлений, сразу отмечу, что столь же неверным было бы недооценивать роль личного анализа, только (повторю еще раз) не стоит путать соотношение его объема с его качеством. То же самое следует сказать и о принципах терапии, слепое следование которым, так же как и полное пренебрежение ими, одинаково пагубны для терапии. А. Ферро в своей книге «Психоанализ: создание историй» дает замечательную метафору на эту тему. Он пишет, что существуют, по сути, два типа психоаналитиков: повара, которые тщательно следуют рецептам, которым их научили, и повара, постоянно пробующие на вкус пищу, которую они готовят (М.: Класс, 2007. — С. 232).

уместно повторять этот опыт и позволять такие «вольности». Но это вовсе не значит, что они должны быть категорически исключены. Это всегда вопрос ситуации, и, повторю еще раз, личности как главного психотерапевтического фактора. В равной степени это положение относится и ко всему, что изложено в этой книге.

Психотерапевтический альянс является продуктом взаимодействия двух людей, а если быть более точным — двух индивидуальностей, двух «переменных». И в этом состоит одно из главных отличий психотерапии от любых других методов в медицине, где переменной величиной является только пациент (а чаще — тело пациента), а сам терапевтический фактор (то или иное вещество или физическое воздействие) — предельно дозирован, схематизирован и стандартизирован.

Таким образом, когда мы говорим о нашем терапевтическом опыте, речь всегда идет об уникальном опыте (взаимодействия двух разных людей), который в его негативном варианте — будем честны сами с собой — большинство специалистов раскрывать не склонны, и это естественно, так как каждый нормальный человек хотел бы претендовать на хорошее мнение коллег и окружающих (это относится и к частным беседам коллег, и к их супервизиям или презентациям, так же как и к публикациям). Но в итоге «свет от лампы» (на терапевтическое взаимодействие) оказывается фатально направленным только в одну сторону — на пациентов, которым посвящены десятки тысяч работ, а вторая сторона — чаще всего остается в тени заблуждений о собственной объективности, значимости и непогрешимости, создавая аналогичные иллюзии у новых поколений терапевтов. Эти заблуждения нередко на протяжении десятилетий терапевтической деятельности оказываются ускользающим не только от самоанализа, но и от супервизорского контроля. Пишу об этом с искренней

тревогой, так как неоднократно сталкивался с подобными случаями, особенно когда тот или иной более или менее успешный аналитик находил наиболее «адекватного» ему супервизора, который лишь укреплял его мнение о достойном восхищения профессионализме и талантливости.

Талантливых в нашей среде много, непогрешимых — нет. Суть этого тезиса весьма примитивна: для реального профессионального роста целесообразно чаще менять и иметь разных супервизоров даже для одного и того же случая. Многие уверены, что опыт появляется в результате практики, но это верно лишь отчасти — не любой практики, а только систематически супервизируемой и представляемой на публичное обсуждение коллег. А те, кто поступают таким образом, заслуживают самого уважительного отношения коллег и супервизоров, задача которых не столько поправлять, сколько деликатно подводить супервизанта к самостоятельному осознанию его ошибок и просчетов. Хороший супервизор прилагает все усилия, чтобы поощрять и стимулировать профессиональный и личностный рост коллеги, не столько разъясняя ему — «как надо», сколько спрашивая и помогая ему самому понять — почему в той или иной терапевтической ситуации он поступил именно так.

Конечно, эта книга в первую очередь предназначена для психоаналитиков, но надеюсь, она будет также полезна представителям других направлений психотерапии. Именно поэтому здесь опускаются теоретические обоснования и обобщения, которые потребовали бы увеличения объема издания в десятки раз. Но это был бы уже некий учебник по психоанализу, сама идея которого по-прежнему представляется мне сомнительной. Существуют такие области знаний, которые могут передаваться только от человека к человеку, а любой учебник — это всегда упрощение и схематизация. Выступая

на Ярославской психотерапевтической конференции (1996) патриарх российской психотерапии проф. Б. Д. Карвасарский сказал, что нельзя профессионально действовать ни в одном из методов психотерапии, не зная основ психоанализа. Здесь стоило бы сделать «маленькое» примечание, что познание только этих основ требует, как минимум, 3–4 лет систематического образования.

Один из рецензентов почему-то увидел в этой книге «популяризацию психоаналитических техник». Здесь нет никаких техник. Более того, хотя и существуют издания, где предпринимаются попытки изложения таких техник, они не вызывают у меня особого доверия, ибо техники без методологии психоанализа — это нечто из области иллюзий. То, что здесь явно принадлежит психоанализу — это попытка обобщения его этических принципов, как их понимает автор. Не более того. И не вижу никакого греха, если эти принципы будут восприняты коллегами, принадлежащими к другим направлениям психотерапии.

За пределами психоанализа уже давно и широко известна его базисная терминология, используемая к месту и не к месту. Но есть один термин, который пока практически не встречается в работах представителей других модальностей — это «контрперенос». Позволю себе высказать предположение, что на это имеются некоторые «объективные» причины, в том числе — нарциссического характера: ведь так приятно думать, что терапевт никогда не ошибается, а все, что он делает — всегда теоретически, практически и ситуационно обосновано. Это глубочайшее заблуждение, преодоление которого составляет еще одну задачу этого издания.

После такого краткого и отчасти назидательного вступления перейдем к теме, заранее поблагодарив своих коллег за внимание к этой работе, где первая часть материала будет

излагаться конспективно и без особых теоретических или методических обоснований. Описание некоторых теоретических аспектов читатель найдет во второй части книги, где приведены статьи, посвященные той же тематике.

Первый контакт

Первый контакт с пациентом у большинства частнопрактикующих[1] специалистов обычно происходит по телефону, и тому, кто в будущем (может быть) станет терапевтом для кого-то, находящегося на другом конце линии, лучше никогда не следует говорить слишком много. Стандартный набор вопросов очень ограничен: «Кто вам меня рекомендовал? Когда бы вы хотели встретиться? Знаете ли вы, как меня найти? Не могли бы вы оставить свой телефон и имя?».

Основное правило: чем меньше вы говорите, тем лучше для будущей терапии, и не стоит начинать ее в процессе этого звонка, пытаясь прояснить проблему пациента или произвести на него впечатление. Если пациент все-таки склонен задавать дополнительные вопросы, лучше пообещать ему: «Я отвечу на все ваши вопросы при первой встрече». Нередко такой ответ приходится давать неоднократно.

Если звонок принимает ваш ассистент или администратор того терапевтического центра, где вы работаете, тактика

---

[1] Частнопрактикующих терапевтов в современной России, как и в большинстве западных стран, сейчас от 70 до 90%, и это закономерно. Более подробно об этом см. статью «Психотерапия — государственная, страховая, частная», с. 197–?? настоящего издания).

точно такая же: ассистент или администратор тем более не может давать никакой информации о будущем терапевте, терапии или ее сеттинге, одновременно проявляя предельную вежливость и деликатность. Главная цель первого контакта — сохранить мотивацию потенциального пациента и договориться об очной встрече с терапевтом.

Стоимость

Некоторые пациенты уже в процессе первого звонка спрашивают об оплате, но и этот вопрос также лучше деликатно отложить. Приличествующая для такого случая фраза может быть следующей: «Не беспокойтесь об оплате, мы ее обсудим потом. Наша первая встреча будет бесплатной». Вопрос оплаты — это всегда сопротивление, так как на самом деле — никто не хотел бы платить (мне, как и всем моим коллегам в процессе профессиональной подготовки, также приходилось платить своему аналитику и тоже без особого удовольствия). В принципе, нельзя обсуждать стоимость, не видя пациента и не зная его проблем. Тем не менее иногда можно называть сумму. Например, если ваша практика и так переполнена, вы можете назвать свой максимальный или даже двойной гонорар.

В таком подходе нет никакого цинизма. Мы не можем помочь всем, кто к нам обращается, и наши силы не бесконечны. Мы никогда не знаем, с кем, с чем и с какими проблемами мы столкнемся. Мне приходилось наблюдать несколько случаев, когда по мере усложнения (раскрытия сути) проблем пациента терапевт начинал испытывать трудноконтролируемое раздражение в отношении него и фактически — утрачивал часть своего профессионализма.

Мне также приходилось неоднократно убеждаться, что у каждого терапевта есть личный порог переносимости сложности, необычности, устрашающей сущности или даже омерзительности тех проблем, с которыми мы сталкиваемся в нашей практике. Но одновременно с этим личная и супервизорская практика позволили сделать вывод, что та проблема, которая становится раздражающей при стандартной оплате, оказывается вполне переносимой при ее удвоении. Мы такие же люди, как и все, и материальное стимулирование деятельности психотерапевта играет такую же роль, как и в любой другой сфере, связанной с опасностью и профессиональными вредностями.

Тем не менее, всегда помня о своей принадлежности к помогающей профессии, чаще мы ориентируемся не на материальные стимулы, а на то ощущение потребности в помощи, которое демонстрирует пациент уже в процессе первого контакта. Вероятно, к проблеме денег в психотерапии мы обратимся еще не раз, а пока, чтобы завершить этот раздел, добавим: так как большинство наших новых пациентов обращаются к нам с «подачи» предшествующих, они, как правило, уже в той или иной степени осведомлены о средней стоимости терапии или консультирования у конкретного специалиста или в конкретном терапевтическом центре.

О профессиональных вредностях

У многих людей существуют не вполне верные представления о гуманитарных профессиях, в первую очередь таких, как учитель, преподаватель, воспитатель или психотерапевт. Не менее точным было бы характеризовать эти сходные сфе-

ры деятельности, как профессии, дающие власть. И многие идут в эти сферы под влиянием этого неосознаваемого побуждения или сходных психологических комплексов; и именно поэтому одной из задач теоретической и практической (многолетней) подготовки психотерапевта является доведение до его сознания его скрытых комплексов и безусловное усвоение недопустимости никаких злоупотреблений пациентом[1].

Сдерживать свои чувства к пациенту, нередко — весьма негативные, очень непросто, особенно в период начала практики. Это позднее эти чувства становятся «просто контролируемыми», а на первом этапе, когда еще нет достаточно опыта, их, конечно, приходится сдерживать. При этом сдерживать позитивные чувства ничуть не легче, чем негативные.

Хорошо помню одну давнюю супервизию, а затем сделанную по моей просьбе публичную презентацию случая, когда молодой психотерапевт, работавший с пациенткой, больной СПИДом и явно соблазнявшей его (что случается нередко), анализировал свои чувства и свой страх, что он может не сдержаться, ибо пациентка, несмотря на ее заболевание, была чрезвычайно привлекательной для него сексуально. Это также одна из профессиональных вредностей, так как в обычной медицинской практике сексуальные отношения между лечащими врачами и их пациентами, хотя и сопровождаются моральным осуждением, никак не сказываются на терапии (тела), вследствие чего оказываются легкодоступными (по обоюдному согласию), в нашей среде — такое также случается, но не более 2–4%, и во всех ставших известными случаях влечет профессиональную дисквалификацию. К чести упомянутого выше коллеги, он справился с этой ситуацией и, позволю себе предположить — не

[1] Более подробно см. об этом статью «Два случая злоупотребления одним пациентом», с. 229–239 настоящего издания.

в последнюю очередь благодаря тому, что получил поддержку коллег, к помощи которых он, по сути, и апеллировал, приходя на повторные супервизии и представляя этот случай и свои затруднения публично. Мне известны несколько единичных случаев, когда терапевты (один случай — в процессе, а два — после окончания совместной работы) вступали в сексуальные контакты со своими пациентами, но даже если эти ситуации оказывались как бы «никому не известными», эти терапевты уже никогда не чувствовали себя уверенно ни с коллегами, ни с пациентами.

Но не эти трудности являются самыми главными — они случаются не так уж часто. Повседневность — намного сложнее. Люди приходят к нам преимущественно с негативными чувствами и переживаниями, и мы вслушиваемся и вчувствуемся в их рассказы ежедневно по нескольку часов подряд. Специалистам, безусловно, известно о механизмах психического заражения, но поскольку мы все-таки профессионалы, мы не заражаемся всем, с чем сталкиваемся, однако определенное инфицирование все равно происходит, создавая предпосылки для последующих профессиональных деформаций и профессионального выгорания. Увы, пока есть только один способ максимально избежать этого — систематические супервизии и повторный личный анализ, к чему прибегает все больше активно практикующих психотерапевтов.

Упомяну также, что такое заражение может быть даже опосредованным, но тем не менее чрезвычайно мощным. Например, в 2004 году после работы с психиатрами, психотерапевтами и психологами, недавно вернувшимися из Беслана, мне и моим коллегам Т. В. Дмитриевой и Я. О. Федорову понадобилось несколько последовательных дебрифингов, чтобы снизить эмоциональный отклик на переживания уже

не непосредственных участников этой трагедии, а лишь специалистов, которые привлекались к их реабилитации.

Проблема денег

Возможно, кто-то упрекнет меня в непоследовательном изложении материала, который можно было бы сгруппировать как-то по-другому, и здесь будет трудно найти иное оправдание, кроме не слишком обоснованной уверенности в том, что писать лучше так, как говоришь, и так, как текут мысли.

Мы живем пока еще не в очень богатой стране и нередко уже на первой встрече (а иногда немного позднее) пациент говорит, что он хотел бы продолжить совместную работу, но для него это дорого. С этой точки зрения всех современных российских пациентов можно было бы разделить на две группы: тех, которые могут платить и приходить достаточно часто, то есть 2–4 раза в неделю, и которые не могут этого делать (с учетом их реального материального положения и доходов).

Во-первых, еще раз напомню, что наша работа очень сложна, безусловно — связана с профессиональными вредностями и даже опасна (об агрессивных пациентах еще будет сказано), и кроме того — мы не можем помочь всем[1]. Во-вторых, наша профессия принадлежит к элитарным, и подготовка к ней длится в среднем от 5 до 10 лет, с высокими затратами на обучение и персональный тренинг, которые должны окупаться. В-третьих, в отличие от соматической медицины, где наряду с платными услугами есть ситуации неотложной по-

[1] Терапевт, который уверен в своей способности помочь всем, вызывает большие подозрения в том, что он сам страдает «комплексом Спасителя» и нуждается в терапии. Отказ от непосильного пациента дается непросто, но в таком решении гораздо больше честности и чести для терапевта.

мощи, которая должна гарантироваться всем без исключения (жизнь дана не нами, и за нее нужно бороться до последнего), в психотерапию люди приходят не за спасением, а преимущественно «за иным качеством жизни». А мы хорошо знаем, насколько сильно это качество отличается в зависимости от того, сколько вы готовы за него заплатить.

Поясню подробнее вопрос «качества жизни» с точки зрения психотерапии. Очень состоятельный пациент давно хочет вступить в брак, иметь семью и детей; у него на примете есть несколько женщин, готовых выйти за него замуж, но он сам на протяжении многих лет не может решить эту проблему и только в процессе психотерапии находит единственно верный вариант (дополним — свой собственный). Другая пациентка состоит в браке (причем в отличие от двух ее ближайших подруг, которые никогда не были замужем), у нее есть все необходимое, включая квартиру, машину, дачу, детей и регулярный секс с мужем, но она недовольна качеством их межличностных отношений. Еще более необычный случай — третья пациентка имеет регулярный секс с мужем и любовником, она (в отличие от многих женщин) регулярно получает оргазм, но в последнее время недовольна его качеством. Такие примеры можно было бы продолжать до бесконечности, но, надеюсь, главное уже прояснилось: к нам приходят преимущественно с тем, с чем вполне можно жить, и эти — психологические по своей сути и содержанию — проблемы чаще всего становятся актуальными, когда все, в общем-то, неплохо[1].

Но есть и другие проблемы, связанные с ситуациями острого горя, тяжелыми депрессиями и психическими травмами.

---

[1] По данным исследования (предоставлены к.м.н. В. А. Шамовым), проведенного в Петербургском Психоаналитическом Центре ВЕИП в 1999–2001 гг., через который ежедневно проходит от 70 до 100 пациентов, обыденные и невротические проблемы предъявляются в 70%, а еще 30% составляют пациенты пограничной и психотической организации личности.

Они не менее значимы в нашей практике, но поскольку по этой тематике мной уже были написаны две самостоятельные работы[1], не буду к ним возвращаться, а лишь отмечу, что для социально незащищенных групп населения психологическая помощь в этих случаях должна предоставляться соответствующими государственными службами без какой-либо оплаты (в последние годы доступность такой помощи в нашей стране постоянно расширяется).

Вернемся к проблеме денег: пациент говорит, что он хотел бы продолжить совместную работу, но для него это дорого, да еще 3–4 раза в неделю. В этом случае всегда уместен вопрос о том, сколько раз в неделю он мог бы и хотел бы продолжать с вами встречаться.

Если тот минимальный гонорар, который не вызывает у вас чувства недооценки ваших усилий, составляет, например, 500 рублей за сессию, целесообразно произвести несложные расчеты (вслух и вместе с пациентом): при двух встречах в неделю или восьми в месяц – это составит 4000 рублей. Если пациент не принимает и эту сумму и предлагает уменьшить ваш гонорар, целесообразно предложить ему меньшее количество сессий, но в большинстве случаев не стоит делать это за счет вашей удовлетворенности оплатой, ибо это тут же нанесет ущерб вашей работе: для пациента будет лучше в такой ситуации встречаться 1 раз в неделю с не испытывающим негативных чувств терапевтом, чем 2 раза в неделю с терапевтом, который исходно будет чувствовать себя ущемленным в своих правах на адекватную его подготовке и усилиям оплату.

Кроме того, для такого подхода имеется еще одно серьезное обоснование: если сумма будет слишком мала для

[1] См. 1) Решетников, М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003; 2) Решетников, М. М. Психическая травма. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006.

пациента, он не будет ценить то, что вы делаете. Повторим еще раз — никто не хотел бы платить ни за что и хотел бы получать все даром, а уж нем более такую эфемерную «штуку», как психологическая поддержка и помощь. В традиционном варианте — ее вроде бы должны оказывать самые близкие люди, и бесплатно. Но мы — не самые близкие, а профессионалы, призванные делать то, на что не способны самые близкие. Можно было бы признать, что постоянный рост запроса на психотерапию не в последнюю очередь обусловливается тем, что даже элементарные представления о традиционной семье постепенно уходят в прошлое. Социальные стандарты динамично изменяются, а природа человека и его потребность в духовной близости остается неизменной — с все более призрачной надеждой на удовлетворение. Что же касается серьезных психических расстройств, то в этом случае, даже при наличии близких к идеалу семейных отношений, психотерапевт оказывается единственным, кто готов и способен понять пациента, как бы тяжело он не был нарушен.

Даже весьма состоятельные пациенты склонны «экономить на своем терапевте», при этом вполне позитивно отзываясь о получаемой помощи и демонстрируя в материале сессий множество бесполезных затрат[1]. И тогда уместно просто спросить: сколько стоит его костюм, этот перстень с бриллиантом или тот автомобиль, на котором он обычно подъезжает к вашему офису, и затем прояснить пациенту, что он потратил на эти вещи столько же, сколько стоили бы столько-то месяцев или даже лет интенсивной терапии, которую он оценивает позитивно; но эти траты не сделали его счастливее: почему же он так высоко ценит вещи и так низко оценивает свое душевное состояние?[2]

[1] Не так давно появился даже такой специфический термин, как «невротический шоппинг».

[2] Здесь явно присутствует мое «нападающее Сверх-я», но оно вводится в диалог совершенно сознательно.

В психоанализе не бывает единой «ставки» для всех пациентов. Если пациент платит вам 500 рублей за каждый визит, а при этом рассказывает, что вчера в ресторане или в казино потратил 30 тысяч, естественно давая «на чай» официанту или крупье, — при оплате в 500 рублей вы будете оставаться для него кем-то вроде двух последних — прислуживающих ему или развлекающих его и не способных уже по своему статусу помочь в решении каких бы то ни было психологических проблем.

Очень экономный пациент должен, вне сомнения, поинтересоваться: а будут ли встречи один раз в неделю эффективными? Ответ, как и во всех случаях, должен быть предельно честным: на начальном этапе 3–4 встречи в неделю практически обязательны, затем можно сделать их реже, но и одна сессия в неделю лучше, чем ни одной[1]. Однако целесообразно также заверить пациента, что в любом случае вы не позволите ему тратить деньги, а себе — время, если это будет неэффективно. Ведь вы хотите быть успешным и даже известным терапевтом, а это может состояться только в одном случае — если об этом будут говорить ваши пациенты.

Еще одной примечание. Один раз в неделю — может быть хорошо только для поддерживающей терапии. Для начала лучше не соглашаться на такие условия, так как вероятность эффективной работы в этом случае минимальна (но она все-таки есть). В начале терапии целесообразно договориться хотя бы о первых 5–10 сессиях через день, так как при одной встрече в неделю перенос всегда формируется с трудом, а сопротивление, нередко наоборот, нарастает от сессии к сессии и пациент уходит, что самое печальное, не

[1] Отметим, что вопреки мнению ортодоксальных аналитиков, линейной зависимости между частотой встреч и эффективностью терапии, как показали специальные исследования, не существует.

только с плохим мнением о конкретном терапевте, а о всей психотерапии в целом. И этот приход в терапию, к которому он готовился несколько месяцев, а то и лет, может оказаться единственным и последним. Именно поэтому мы не устаем повторять своим коллегам, что умение находить и удерживать пациента является одним из важнейших показателей профессионализма. Материальный фактор здесь совершенно ни при чем (у большинства опытных терапевтов очередь пациентов растягивается на месяцы и даже годы и уход одного из них — ничего не решает).

Первый визит

Первый визит — это самое важное. В свое время первый (после Второй мировой войны[1]) немецкий психоаналитик профессор Гельмут Томэ[2] сказал мне, что в процессе первой сессии пациент говорит почти все самое главное, только у нас (терапевтов) еще недостаточно информации, чтобы это понять, и затем пациент начинает долгую работу, чтобы помочь нам, а мы, когда наконец поймем, начинаем свою работу, чтобы сделать это самое главное понятным уже и самому пациенту. Мне приходилось не раз убеждаться в справедли-

---

[1] Это уточнение здесь не случайно, так как в период фашизма практически все германские психоаналитики либо эмигрировали, либо были уничтожены. А после окончания Второй мировой войны немцев около 20 лет не принимали ни в какие международные сообщества и они были вынуждены на протяжении достаточно длительного периода возрождать психоанализ с опорой на собственные силы (этот опыт в значительной степени определил и нашу стратегию в постсоветский период).

[2] Гельмут Томэ хорошо известен в России как соавтор (с Х. Кэхеле) двухтомника «Современный психоанализ» (немецкое название: «Ульмский учебник психоаналитический психотерапии»). — М.: Прогресс-Литера, 1996. Через пять лет нами был издан (причем еще до выхода книги на немецком) третий том — Современный психоанализ: исследования. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2001.

вости этой мудрой фразы и рекомендовать коллегам почаще перечитывать записи первых сессий.

Человек, который впервые переступает порог нашего кабинета, еще не пациент, его статус намного выше — он появляется вначале в качестве своеобразного эксперта, который смотрит на потенциального терапевта и оценивает: кто этот человек, могу ли я ему довериться, достаточно ли он умен, интеллигентен и порядочен, чтобы помочь мне? Он также смотрит по сторонам, чтобы убедиться, что обстановка и атмосфера этого кабинета соответствует его предназначению, и этот осмотр нередко не менее важен, чем то, что получило в современном языке наименование «фэйс-контроль». Как неоднократно в своих лекциях отмечала преподаватель нашего Института из Великобритании доктор Джейн Хейнц[1]: мой офис — это 1/2 моей характеристики.

Напрасно читатель ждет здесь описания наиболее подобающего ситуации выражения лица, позы или интерьера кабинета психотерапевта. Каждый имеет своей неповторимый имидж и в соответствии с его индивидуальными представлениями и предпочтениями обставляет свой офис, выбирает цвет обоев и штор, расположение кресла и кушетки и т. д. Поэтому отметим только то, чего желательно не иметь в кабинете. Это сексуализирующие и пугающие изображения или формы, сбивающие с толку ароматы, беспорядочно разбросанные бумаги или книги[2], также нежелательны небрежность в одежде или неухоженность лица и рук терапевта.

---

[1] Большинству наших студентов и выпускников хорошо знакомо это имя и им будет приятно узнать, что с доктором Хейнц уже достигнута договоренность о переводе и издании на русском языке ее новой книги «Кто мне скажет — кто я такая?», которая в 2008 году номинировалась на престижную британскую литературную премию Экерли.

[2] Состояние вашего рабочего места — это косвенная характеристика вашего душевного состояния и особенностей вашего мышления.

Пожалуй, это все — остальное относится уже к уму, такту, образованности, профессионализму и интуиции терапевта. По каждому из этих пяти качеств можно было бы написать отдельный раздел, но умному — это не нужно, а во всех остальных случаях — бесполезная трата времени.

Здесь не случайно было отмечено «нежелательно», так как в жизни бывает совсем по-другому. Например, когда мы впервые встретились с доктором Джойс МакДугалл на съезде Международной Психоаналитической Ассоциации (IPA) в Барселоне, она (в ее далеко не юные годы) поразила меня своей сексуальностью (и во внешности, и вложенной в ее вечернее платье). Это было особенно удивительно, так параллельно мне было сказано, что она — один из самых талантливых аналитиков и самый популярный из современных французских авторов. Но когда мне удалось познакомиться с ее работами (и через год издать, по ее рекомендации, одну из них на русском[1]), все стало намного яснее: Джойс не просто сексуализировала пациентов, она (с учетом ее природных данных) легко формировала у них эротический перенос, но не это главное — именно с таким типом переноса она умела лучше всего работать. Сейчас мне известны еще несколько специалистов, которые делают это не менее успешно. Хотя должен признать, что в таких случаях речь идет о «балансировании» на очень тонкой, обоюдоострой грани.

Наряду с множеством других, главная задача первой встречи состоит в создании атмосферы безопасности, доверия и понимания, а также — в дополнительной поддержке мотивации пациента.

---

[1] См.: МакДугалл, Дж. Тысячеликий эрос. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1998. —В последующем на русском были изданы еще два ее психоаналитических бестселлера «Театр души» (2001) и «Театр тела» (2004).

Заключение контракта

Этой теме посвящены десятки работа, в том числе таких известных авторов, как Ральф Гринсон[1], Отто Кернберг[2], Петер Куттер[3], Хорст Кэхеле и Гельмут Томэ[4] и многих других, к которым можно адресовать всех, кто в этом нуждается. Здесь же мы рассмотрим только самые простые вещи, которые целесообразно знать любому психотерапевту, независимо от его отношения к психоанализу.

Только уж очень нарциссически мыслящий терапевт думает, что он может справиться с любыми проблемами и помочь любому пациенту. Обычно, по мере накопления опыта, эта уверенность проходит, и прежде чем предлагать пациенту совместную работу (подчеркнем — пока даже не упоминая ни о каких гарантиях), терапевт должен понять сам — с чем он имеет дело, сколько времени и сил это потребует у него и сколько сил и средств понадобится пациенту. Поэтому после обсуждения тех деталей, которые уже были рассмотрены, можно перейти к заключению предварительного соглашения, инициатива которого в большинстве случаев принадлежит терапевту, но иногда будущий пациент сам выдвигает такое предложение. В любом случае терапевт разъясняет пациенту (или соглашается с ним), что для принятия окончательного решения им следует договориться о нескольких предварительных встречах (количество этих встреч у всех специалистов разное, но в среднем — от 3 до 7). Цель этих встреч целесообразно формулировать предельно откровенно: терапевт пока

[1] Гринсон, Р. Техника и практика психоанализа. — М.: Когито-Центр, 2003.

[2] Кернберг, О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. — М.: Класс, 2000.

[3] Куттер, П. Современный психоанализ. — СПб.: Б.С.К., 1997.

[4] Кэхеле, Х., Томэ, Г. Современный психоанализ. Т. 1–2. — М.: Прогресс-Литера, 1996.

имеет лишь минимум информации и поэтому должен более четко понять, с чем или с какими проблемами он столкнется. Пациент (и это также разъясняется терапевтом), в свою очередь, должен убедиться, что терапевту можно доверять и он готов работать с ним на протяжении достаточно длительного периода времени. Пациенту следует также разъяснить, с какими затратами это может быть связано, и уточнить — готов ли он к ним, впрочем, как и к тому, что прикосновение к некоторым из его проблем на каком-то этапе терапии может быть болезненным или даже мучительным, нередко — в такой же степени, как в тот период, когда они впервые возникли.

Есть еще один вариант завершения первой встречи: объяснить пациенту, что одной из главных задач предварительных сессий является решение вопроса: «Сможете ли вы быть для меня хорошим пациентом, а я для вас — хорошим терапевтом?». В ответ на это пациенты нередко спрашивают: «А как отличить хорошего терапевта от плохого или не очень хорошего?» — а мы в таких ситуациях можем позволить себе немного юмора, заметив, что не встречали еще ни одного терапевта, который сам о себе сказал бы «не очень хороший», и в этом вопросе лучше полагаться на мнение пациентов[1].

Далеко не все пациенты спрашивают о сути понятия «хороший пациент», и тогда целесообразно вернуть их к этому вопросу, а когда он уже так или иначе обозначен, пояснить, что «хороший пациент — этот тот, кто всегда приходит вовремя, регулярно оплачивает работу терапевта и говорит на протяжении всей сессии». Две первых характеристики обычно не вызывают у пациентов никакого сопротивления, а вот третья — в данном случае — самая важная, нередко требует дополнительных пояснений, так как некоторые пациенты

[1] Уместно также подчеркнуть, что терапевты никогда не присутствуют на сессиях друг у друга, это всегда конфиденциальные отношения только двух людей.

настроены на то, что говорить (то есть учить их «уму-разуму», как это было практически на протяжении всего их невротического прошлого), будет терапевт. А это — заведомо тупиковый путь для любой терапии (хотя представители некоторых других направлений психотерапии, скорее всего, со мной не согласятся)[1, 2].

---

[1] Здесь, впрочем, как и в большей части других разделов, говорится в основном о невротиках, поэтому дадим дополнительное пояснение. Пограничные пациенты (с тяжелыми неврозами) нередко с самого начала стремятся манипулировать терапевтом, «проверять его на прочность», пытаясь «перехватить инициативу» и надеясь, что в конце концов в терапии «все будет так, как они хотят». Наша задача — не допустить того, чтобы эти надежды сбылись. А первой преградой на этом тупиковом (и для пациента, и для терапевта) пути является установление четких терапевтических границ и предельно жесткое соблюдение сеттинга.

[2] Моих рецензентов не удовлетворила предшествующая сноска, и они указали, что здесь нужна более широкая теоретическая «подкладка», в частности, относительно пограничных состояний; подчиняюсь их требованиям, хотя при подготовке этого издания осознанно старался избегать этого. Фрейд считал необходимым четко разграничивать неврозы и психозы, при этом в качестве ключевого признака им указывалось на то, что при психозах происходит разрыв с реальностью, которого нет в случае неврозов. Вторая группа критериев различения относилась к особенностям защитных механизмов, которые используют невротические и психотические пациенты. В частности, по Фрейду, при истерии и неврозе навязчивых состояний используются преимущественно конверсия и смещение, а при паранойе — проекция. Затем Фрейд обосновал еще один критерий для дифференциации невротических и психотических пациентов, а именно: что представляющие эти две группы индивиды поразному связаны с объектным миром. Это различие базируется не только на реализации различных защитных механизмов, но на степени привязанности к интрапсихическим объектам (т. е. — собственным ментальным представлениям пациентов). Особое место в теоретических построениях Фрейда уделяется механизму отрицания, которому он отводит место «где-то посередине» между вытеснением и разрывом с реальностью. Однако в последующем оказалось, что выделение только этих двух групп (невротиков и психотиков) явно недостаточно, так как значительное количество пациентов не соответствовали ни психотической, ни невротической группе. Так появляется идея «пограничных нарушений». Эти пациенты, хотя и не являются явно психотическими, тем не менее при общении с ними вызывают ощущение серьезно «нарушенных». Уже в процессе первичного интервью они часто проявляют психотические признаки, нарциссические феномены и множество психопатологических симптомов, хотя и не резко выраженных. Перенос у пограничной группы пациентов обычно формируется быстро, но носит весьма специфический (примитивный) характер: пациенты нередко ощущают немотивированный страх уже от самой аналитической ситуации в сочетании с предъявлением к

Основное правило межличностного взаимодействия

Это правило предельно просто, но, как показывает опыт, чрезвычайно трудновыполнимо, особенно на начальном этапе работы терапевта. Кратко его суть можно было изложить в следующем тезисе: «Ничего не диктовать пациенту и ни о чем его не просить». С моей точки зрения, в устах психотерапевта совершенно неприемлемы, например, директивные выражения, типа: «Ко мне можно даже не обращаться, если вы не настроены на работу, как минимум, в течение одного года!.. Мой гонорар составляет 1500 рублей за сессию, и это не обсуждается!.. Только 3 раза в неделю, менее — невозможно!.. Всегда в одно и то же время!... Только лежа на кушетке!» — и т. д. В рамках ортодоксального психоанализа эти требования звучат именно так, но это как раз и есть одна из причин того, что мы не идентифицируем себя с этим направлением, которое будет вынуждено либо менять свои правила, либо окончательно уйдет в прошлое[1].

аналитику нереалистических требований, включая требование их немедленного удовлетворения. Попытки контролировать аналитика или полностью подчиняться ему сочетаются с фантазиями грандиозности, отыгрыванием и различными нарциссическими проявлениями. Наиболее полно эти данные в последующем были переосмыслены и систематизированы Отто Кернбергом (см. указ. соч.), к работам которого мы и отсылаем заинтересованного читателя. В дополнение к признакам, введенным Фрейдом, основными в теоретических построениях Кернберга являются: доминирование примитивных защит, в частности, расщепления и проективной идентификации, а также слабость границ Эго и особая потребность в проекциях. Таким образом, для психоаналитиков существуют только пациенты, имеющие личностные проблемы, невротические, пограничные и психотические. При этом мы никогда не употребляем в отношении них термины «болезнь» или «больной». В последние годы появилось ряд попыток сопоставления психоаналитической и (якобы — клинической) психиатрической классификаций. По моим представлениям — это сизифов труд, сродни попыткам классификации литературных персонажей по уровню серотонина или ацетилхолина или по анатомическому строению мозга.

[1] Ортодоксальный психоанализ явно находится в затяжном кризисе. Для большинства современных западных институтов психоанализа типична ситуация, когда они имеют 5—7 студентов в год — это, безусловно, стагнация (нескромно

С самого начала следует ориентироваться на установление кооперативных отношений с пациентом, то есть — все нужно обсуждать (в этом, в определенном смысле — главная суть терапевтического процесса) и одновременно — ничего нельзя навязывать. Во всех подобных случаях уместен не диктат, в отношении которого у страдающих неврозами обычно уже имеется солидный опыт (начиная с родительской, чаще всего — исходно патогенной семьи), и которому они (по сложившемуся стереотипу) легко подчиняются (только — причем здесь тогда терапия?), а взаимное обсуждение всех проблем (даже «мелких»), начиная с самой первой встречи. И тогда те вопросы, которые были обозначены в предыдущем абзаце, приобретают качественно иную форму: «На какой период совместной работы вы настроены или рассчитываете?... Вы не будете против, если мы перейдем к обсуждению моего гонорара?... Сколько раз в неделю вы хотели бы встречаться со мной? Какие дни недели и какое время являются для вас наиболее удобными?»

Конечно, те дни недели и часы, которые представляются пациенту наиболее удобными для него, могут оказаться полностью занятыми у вас и т. д. (по каждой из обозначен-

---

добавлю — в нашем Восточно-Европейском Институте Психоанализа учится более 600 студентов из 12 стран, а в Национальной Федерации Психоанализа сейчас проходят профессиональный тренинг около 130 кандидатов). Приверженцы консервативных догм, вне сомнения, осознают специфику ситуации, но — по непонятным мне причинам — не готовы к переменам, в отдельных случаях предпочитая закрывать глаза на откровенную ложь и фальсификацию стандартов образования, тренинга и практики. Однажды, присутствуя на супервизии очередной летней школы IPA в Москве, я был просто поражен той откровенностью, с какой это осуществлялось. Приведу записанный тогда же диалог супервизанта (кандидата в IPA) и известного западного психоаналитика, выступавшего в роли супервизора.

Супервизант: Моя пациентка, бизнес-леди, большей частью находится в разъездах, поэтому мы встречаемся с ней — когда один раз в неделю, когда — один раз в две недели...

Супервизор: Но — в среднем 3–4 раза в неделю?

Супервизант: Да, в среднем 3–4 раза...

ных позиций), и чаще всего на обсуждение этих простых вопросов уходит не так уж мало времени, более того — они далеко не всегда решаются к обоюдному удовлетворению, но главное — вы демонстрируете высочайшее уважение к пациенту и его мнению, которым до этого, скорее всего, нередко пренебрегалось (и уже этим повышаете его самооценку). Возможно, кто-то «споткнется» о фразу «демонстрируете уважение» и будет прав, ибо речь идет совсем о другом: если вы реально не испытываете чувства симпатии и уважения к пациенту, демонстрировать это в межличностном общении долго, совершенно точно — не удастся (а наши пациенты обладают особым «седьмым» чувством на любые проявления неискренности), и тогда лучше сразу отказаться от совместной работы под любым предлогом (мотивируя тем, что у вас нет опыта работы с таким типом проблем или, наоборот, что у вас есть личный опыт аналогичных проблем, и это может негативно сказаться на терапии и т. д.). Но даже в этом случае необходимо прилагать все усилия, чтобы поддержать мотивацию пациента пройти терапию и что-то изменить в своей жизни или своих отношениях, предложив ему не менять своих намерений и подумать о другом терапевте.

Мы вовсе не обязаны испытывать симпатию ко всем без исключения пациентам, но должны понимать, что надеяться на эмпатию и возможность эффективной терапии без этого чувства было бы наивно.

«Порекомендуйте мне другого терапевта»

Вы порекомендовали обратиться к другому терапевту на первой же встрече, или пациент после 10–15 встреч просит вас порекомендовать ему также психиатра, к которому он мог бы обратиться (например, за фармакологической поддерж-

кой), или даже на сто какой-то сессии пациент заявляет: «Вы совершенно меня не понимаете! Порекомендуйте мне кого-нибудь другого!».

Некоторые терапевты в подобной ситуации впадают в состояние глубокого разочарования и даже обиды, а применительно к пациенту такого чувства вообще быть не может (и если оно появляется — надо тут же «бежать» к супервизору). Для нас (терапевтов) существуют определенные табу на проявление чувств (чувства обиды в том числе), хотя не уверен, что все разделят это мнение, поэтому поясню дополнительно. Терапевта, который обижается на пациента, можно было бы сравнить с хирургом, который отказывается оперировать человека с множественными открытыми переломами лишь оттого, что, страдая от невыносимой боли, пациент посылает ему проклятья, называет его «живодером» и использует при этом весь запас маргинальной лексики в отношении всей хирургической бригады. Моим первым увлечением была хирургия, и мне пришлось в свое время работать в хирургической клинике для пациентов с травмами, несовместимыми с жизнью, и это не придуманная, а вполне типичная ситуация. Наши пациенты страдают не меньше, а душевная боль — в ряде случаев намного превосходит физическую по своей интенсивности, что побуждает пациентов к попыткам заглушить эту боль нанесением себе тех или иных физических повреждений или даже прибегнуть к суициду. Поэтому, столкнувшись с попыткой обидеть терапевта, всегда уместно (сохраняя полное спокойствие) поинтересоваться: «Зачем и почему пациент это делает? Какие чувства он при этом испытывает и что он хотел бы донести до сознания терапевта? Не совершил ли терапевт какую-либо ошибку, которая могла спровоцировать такие чувства и такие решения?».

Когда пациент просит вас порекомендовать ему другого — это лишь внешний феномен. О чем на самом деле просит пациент? Может быть несколько вариантов интерпретации такого запроса. Во-первых, ваш пациент и так мог бы уйти или больше не приходить — вы же не будете разыскивать его с помощью милиции, как это предписывалось кожвендиспансерам. — На самом деле он хочет, чтобы вы приняли за него какое-то решение и ответственность: в рамках предложенного примера — о психиатре или о другом психотерапевте; он так «привык», ведь раньше все решения за него обычно принимал кто-то другой. А одна из главных задач терапии — помочь пациенту научиться принимать не только самостоятельные решения, но ответственность за них (не прибегая к традиционно невротическому паттерну ее проекции вовне). После преодоления сопротивления, актуализации и проработки его проблем — это самое трудное, и не так уж часто это упоминается в качестве кардинальных задач терапии.

Приведу два примера личных ошибок и негативного опыта, когда, отвечая на запрос пациента, мной рекомендовался конкретный психиатр или другой психотерапевт. Поводом к консультации психиатра послужило настойчивое желание пациента (под влиянием жены — «дипломированного врача») получить дополнительно медикаментозную терапию депрессии, которая мной никогда не назначается (почему — см. следующий раздел). Посетив рекомендованного мной психиатра, пациент возвратился с солидной пачкой рецептов, предписанием принимать все назначенные препараты (всего их было 5 — нейролептики, антидепрессанты и соли лития) в течение, как минимум, 6 месяцев и затем показаться психиатру еще раз. Но это было еще не все: психиатр также порекомендовал ему

«бросить все эти (мучающие его) мысли» и «всю эту ерунду» (имея в виду в последнем случае — психотерапию в целом). Мне пришлось долго объяснять пациенту, что если бы кто-то мог самостоятельно «бросить все эти мысли», точно так же как и в случае, если бы «все эти мысли» можно было «вытравить» химическим путем, меня и моих коллег ждал бы удел безработных, но ничего этого пока не предвидится. Пациент принял мои доводы, но тем не менее виноватым он все равно сделал меня: «Зачем я вообще порекомендовал ему этого психиатра?» — и мне ничего не оставалось, как признать свою вину и пообещать ему, что подобные ошибки больше не повторятся. В другом случае, признаю откровенно — из-за вполне осознанного желания избавиться от чрезвычайно тяжелого для меня пациента (застревающей личности), мной по его просьбе (которая, безусловно, была проекцией моего сопротивления продолжению совместной работы) был рекомендован другой психотерапевт — намного старше меня и, по моему мнению, гораздо опытнее. Но через две недели пациент вновь попросился на прием, правда — исключительно для того, чтобы высказать мне все свое недовольство этой рекомендацией и возложить на меня очередную порцию вины (которой, после его ухода, у меня и так было с избытком): «Тот, к кому вы меня послали, вообще не умеет слушать и ни разу не говорил со мной больше 15 минут».

В последующем такая ошибка мной больше не повторялась и пациенту во всех случаях предоставлялось самостоятельное право (и ответственность) за его выбор, за его параллельное обращение к моим коллегам или специалистам в смежных областях знаний и практики[1].

---

[1] Один из рецензентов подсказал мне, что было бы неплохо осветить мои представления о терапевтической тактике, когда пациент параллельно обращается

Доктор Стерн в ситуациях, связанных с попытками ухода и проявлениями явной агрессии пациента по отношению к терапевту, считает возможным действовать более жестко, отзеркаливая агрессию. Например, если пациент гневно заявляет: «Вы — дерьмовый психотерапевт! Порекомендуйте мне кого-нибудь нормального!» — Стерн в одних случаях мог использовать вполне адекватную, но тем не менее двусмысленную фразу типа: «Зачем же я буду подкладывать коллеге такую свинью», — а в других делал полное «отражение»: «И кому же я могу порекомендовать такого дерьмового пациента?» Такие варианты также возможны, но только в руках (точнее — в устах) очень опытного терапевта, каковым, безусловно, является Харольд Стерн, особенно с учетом того, что пациент первым обратился к «пограничной» лексике. Отметим также, что такая техника допустима при работе с некоторыми категориями пограничных пациентов и вряд ли показана при работе с невротиками.

Все сказанное касалось ситуации «во-первых». Относительно «во-вторых» — буду предельно краток, ибо здесь диапазон возможных вариантов неограничен: в каждом конкретном случае все нужно исследовать.

еще к одному психотерапевту, так как одни коллеги считают это возможным, а другие — категорически недопустимым. Ранее уже было упомянуто основное правило — ничего не диктовать пациенту. Можете ли вы запретить или имеете ли вы право контролировать его отношения с другими людьми? Если у терапевта имеется такое желание, его вполне уместно отнести к невротическому спектру (и адресовать персональному аналитику терапевта). Мы с пациентом заключаем не брачный союз (где измена может привести к разводу), а терапевтический контракт, целью которого является взросление, приобретение большей автономности и независимости пациента, в том числе — от терапии и от его терапевта. Еще одно примечание: когда сведения о «параллельном терапевте» становятся известными (от самого пациента или некими «окольными» путями), терапевту ни в коем случае нельзя занимать позицию обиженного; но эту проблему, безусловно, нужно озвучить и уважительно (и в отношении такого решения, и в отношении самого пациента, и уж тем более — в отношении коллеги) исследовать.

Пациент просит назначить таблетку

Многие пациенты, даже те, которые обращаются к нам, демонстрируют веру в некие магические ритуалы или химические вещества, которые быстро решат все их проблемы. Они с удовольствием делегируют психотерапевту роль некоего гуру, который, прослушав краткий рассказ, с многозначительным видом предложит им «единственно верное решение», и некоторые коллеги «попадаются» на это, а другие даже осознанно эксплуатируют этот примитивный запрос. В таких случаях целесообразно провести небольшую «лекцию» о психике и психических феноменах (на доступном для конкретного клиента языке) или, в зависимости от специфики межличностного контакта с пациентом, поинтересоваться: «Не поздновато ли зачитываться книгами о Гарри Поттере и волшебных веществах?»

В предыдущих публикациях мной уже неоднократно отмечалось, что мы не против психофармакологии, определенные успехи которой было бы наивно отрицать[1]. Мы против ее изолированного и необоснованного назначения и бесконтрольного применения. Под необоснованным понимается — без исследования проблем пациента[2]; изолированного и бесконтрольного — значит, без психотерапии, так как практически все препараты модифицируют поведение, в том числе — в ряде случаев провоцируют суицидальное и агрессивное поведение, которое должно активно отсле-

---

[1] Тем не менее отмечу, что, по моим представлениям, оценка успехов психофармакологии чрезмерно завышена и — на самом деле — относится преимущественно к «смягчению» симптомов, она ничего не лечит. Тем не менее такое обезболивание или хотя бы временное снижение интенсивности душевного страдания следует признать в определенных ситуациях не только вполне допустимым, но даже необходимым.

[2] По статистике Всемирной Организации Здравоохранения, от 30 до 50% психотропных препаратов назначаются врачами общей практики, компетентность которых в области психопатологии близка к нулевой.

живаться и при необходимости — корректироваться. Практически все «расстрелы» одноклассников, сокурсников и преподавателей школ, колледжей и университетов, которые происходили в США за последнее десятилетие, как показал последующий анализ американских психиатров, имели в своей основе отторжение группой или унижение со стороны преподавателей и совершались на фоне длительного приема антидепрессантов[1].

Опыт показывает, что назначение таблетки психотерапевтом, осознанно или неосознанно, почти всегда воспринимается пациентом как синоним грубого: «Заткнись!»[2]. Начинающие терапевты (также — чаще неосознанно) проявляют склонность прибегать к психофармакологии именно по этим основаниям. Мне приходилось слышать на супервизиях, как терапевт, «уставший» от вербального материала того или иного пациента, высказывал предположение типа: «Может быть, нам сделать с ним какой-то перерыв и назначить на этот период что-нибудь из психофармакологии?».

Большинство наших пациентов обычно уже имеют некий «психофармакологический» опыт. В двух случаях пациенты, оказавшиеся в моем кабинете уже после лечения в психиатрических клиниках, характеризовали то, что там

---

[1] Именно такую (типичную) ситуацию взял за основу режиссер Майкл Мур, получивший впоследствии «Оскар» (2002) за документальную ленту «Боулинг для Коломбины». Этот фильм можно порекомендовать для группового просмотра и последующего анализа как в группе терапевтов, так и педагогов.

[2] Тем не менее, не хотелось бы, чтобы эта ситуация воспринималась настолько упрощенно, так как мне известны коллеги, которые сочетают психотерапию с психофармакологией. Это всегда зависит от методологической позиции терапевта и специфики его отношений с пациентом, а также от уровня культуры и установок последнего. Мое личное отношение к такой сочетанной терапии (кроме уже упомянутой ситуации острой душевной боли, а также необходимости «химической смирительной рубахи» для буйных) — резко отрицательное; обоснование такого отношения, как мне представляется, достаточно подробно и убедительно представлено в моей предшествующей книге «Психическое расстройство» (СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008).

происходило, практически в одинаковых терминах: «Мой лечащий врач почти три дня очень подробно расспрашивал меня о моем детстве, родителях, учебе в школе, сексе, отношениях в семье... Я уже был готов рассказать ему все, прямо в этой ординаторской, где сидели еще два врача и периодически заходили другие пациенты, но тут он сказал: “Пока остановимся”, — назначил мне таблетки и сказал, что мы снова встретимся через неделю. А когда мне показали “овощей”, которые уже несколько лет “сидят на таблетках”, я сразу запросился на выписку».

Реальное взаимопонимание между психиатрами и психотерапевтами пока только формируется, хотя обе стороны, точнее — все три (включая пациентов), в этом, безусловно, заинтересованы. Но это все еще вопрос будущего. Поэтому, если вы чувствуете, что пациент нуждается в психофармакологической поддержке или коррекции, или он сам настаивает на этом, вопреки тому, что было сказано выше, лучше рекомендовать ему известного вам коллегу — психиатра-психотерапевта, имеющего право делать такие назначения, совершенно определенно обозначив его непсихотерапевтическую (в данном случае) задачу, и затем продолжить терапию, еще более внимательно отслеживая психодинамику и периодически обсуждая с пациентом возможность отмены приема препаратов. Психофармакологи относят до 40% эффективности их средств на плацебо-эффект, но можно предполагать, что он даже больше[1], и не стоит особенно обольщаться на этот счет. Главное — делать свою работу.

[1] Недавно наши американские коллеги опубликовали в интернете результаты исследования терапевтической эффективности препарата «Золофт» — антидепрессанта, которым пользуется каждый второй американец (препарат популярен и в России). В двойном слепом опыте (когда ни испытуемые, ни врачи-испытатели не имеют сведений о том — что именно выдается пациентам), 2 тысячи человек в течение года принимали таблетки с надписью «Золофт»,

«Я же ничего не делаю...»

Иногда на супервизиях приходится сталкиваться с такой типичной ситуацией: начинающий психотерапевт, явно испытывая определенное чувство неловкости, сообщает: «Мой пациент говорит, не переставая, уже более 10 сессий, я же — ничего не делаю, а он мне платит».

Ничего подобного — терапевт делает для пациента то, чего он безнадежно ждал от своего ближайшего окружения десятилетия, а возможно, и всю жизнь. З. Фрейд гениально заметил в свое время, что ни один человек никогда не был выслушан (и даже если был выслушан — не был понят, ибо у слушателей, в отличие от нас, в большинстве случаев не было необходимых для адекватного понимания знаний; но здесь сразу нужно предостеречь от другой ошибки — никогда не говорите пациенту, что вы «все уже поняли», в это он тоже не поверит и будет прав, ибо мы можем понять только то, что узнали из его рассказа, а он всегда остается неполным и незавершенным даже при многолетней работе).

При множестве способов получения информации (слуховой, зрительной, тактильной и т. д.) есть только один способ ее отторжения — словесный[1]. Но здесь также нужно сделать важное примечание: вербализация только тогда эффективна, когда она осуществляется в присутствии значимого другого. Поэтому вначале терапевту нужно стать этим значимым другим, чтобы пациент имел реальную возможность для отторжения мучительных, а порой даже омерзительных, или, как их характеризовал Фрейд — «зловонных» воспоминаний

при этом — одна тысяча реально получала этот препарат, а вторая — плацебо («пустышку»). Терапевтический эффект оказался одинаковым.

[1] Здесь нужно уточнить — для большинства, так как существуют и некоторые другие способы, например, в форме художественного или сценического творчества и т. д.

и переживаний. Пациенты, опять же — неосознанно, нередко понимают это даже лучше, чем терапевты, и мне приходилось не раз слышать от них перед уходом с очередной сессии фразы типа: «Ну и “кучу” же я вам навалил здесь!» В этом случае всегда уместно реагировать радостью: «Отлично! Приносите еще! Я к следующему разу все уберу». Еще раз напомним, что «убрать» — это в значительной степени еще и переговорить с супервизором, иначе «куча» может так «разрастись», что избавиться от нее у вас уже не будет никаких сил (в ней можно даже утонуть).

«Вы наживаетесь на несчастье людей»

Только один раз за всю мою практику мне приходилось слышать фразу, вынесенную в заголовок, от пациента. Но еще раза два — то же самое говорили не верящие в психотерапию психиатры. Не буду углубляться в эту тему, но если такая ситуация возникнет, всегда уместно спросить: «А вы готовы слушать рассказы о несчастьях людей по 6–8 часов в сутки каждый день в течение десятков лет?» И даже если ответ вашего визави будет положительным, предложите попробовать. Далеко не все к этому способны, в том числе из тех, кто по зову души или сердца приходит в психотерапию, поэтому около 48% уходят из профессии уже в первые пять лет, а затем эта группа существенно сокращается[1]. Мы не наживаемся, мы помогаем им выжить! В хирургии уже давно существует такое определение, как «травма, несовместимая с жизнью», которое вполне обоснованно стоило бы перенести и на психические травмы, так как некоторые из них пережить в одиночку просто невозможно. Горе нуждается в публичности ничуть не меньше, чем радостное событие, но желающих разделить первое

[1] У практикующих от 5 до 10 лет профессиональное выгорание наблюдается только у 6%, а у работающих более 10 лет — у 5%.

всегда много меньше; и именно чувство безысходности и неотторжимости мучительных переживаний нередко толкает людей на самоубийство. Но существуют и «привычные суициды», хотя это уже специальная тема, обильно представленная в современной научной литературе.

«Я хочу покончить с собой»

Эту фразу многие длительно практикующие психотерапевты и специалисты служб доверия слышали не раз. Начинающих специалистов это, безусловно, пугает и, как ничто другое, стимулирует их потребность в срочной супервизии. Это точно так же пугает (что нормально и естественно) и наших коллег из смежной области знаний и практики — психиатров, которые при каждом случае суицида в стационаре не только переживают все соответствующие ситуации негативные чувства, но еще совсем недавно были вынуждены придумывать и писать массу (обычно — привносимых) объяснений («почему это произошло» и «как они могли это допустить»), за чем обычно следовало то или иное административное наказание. Вряд ли это обоснованно.

Каждый человек является единственным и полноправным распорядителем собственной жизни, а открытое нашей соотечественницей — психоаналитиком Сабиной Шпильрейн — влечение к смерти — это реальный психический феномен. Но, даже признавая это, мы всегда готовы помогать пациенту жить, и нам явно «не по пути», если он хочет умереть, и целесообразно информировать его об этом, когда возникает необходимость.

Жизнь исходно травматична, и в ней случаются ситуации, которые невозможно пережить, и тогда приходится учиться с ними жить. Но поскольку никто точно не знает — есть ли что-либо после смерти, жизнь — это единственное невоспол-

нимое богатство, которые мы получаем только один раз. И это также нужно разъяснять, особенно пациентам юношеского возраста, у которых нередко присутствуют своеобразные иллюзии «обратимости смерти»[1] или наивные представления о возможности таким путем вразумления или наказания кого-то из ближайшего окружения (родителей, супругов, возлюбленных, неверных или ненадежных друзей, несправедливо обидевших старших и т. д.). Такие типичные заблуждения нередко выражаются «формулой»: «Вот я умру, и все они увидят (или поймут)!» Возражение: «Но вы-то ничего этого не увидите!» — воспринимается вначале как вполне приемлемое: «Ну и пусть!» И тогда также уместна небольшая «лекция» о трех никогда ненасыщаемых чувствах: любви, ненависти и мести, которая завершается выводом, что эти чувства могут так и остаться нереализованными, если их некому будет испытывать, а затем перейти к обсуждению возможности более позитивных вариантов мщения. Следовало бы согласиться с мнением одного из наиболее ярких последователей З. Фрейда, Вильгельма Штекеля, что себя не убивает тот, кто не хочет убить другого. Суицидальному пациенту также уместно знать этот тезис (с которым он обычно относительно легко соглашается), а затем — дать дополнительные разъяснения по поводу того, что он, явно понимая это и не желая совершать такое преступление, принял не совсем верное решение — есть и другие способы причинения страданий обидчику. В одном

[1] Маленькие дети не только считают, что «спрятались», закрывая глаза (в игровом варианте), но нередко демонстрируют и угрозы такого же рода: «Вот сейчас закрою глаза, и всем будет темно!». Такие инфантильные идеи иногда сохраняются вплоть до пубертатного возраста и даже позднее, а кроме того, безответственно стимулируются современной поп-культурой. Например, один из весьма популярных певцов Ник Кейв в его всемирно известном шлягере «Death is not the end» неоднократно повторяет: «Только помни, что смерть — это еще не конец». Можно было бы привести еще десяток примеров инфантильных представлений о «жизни после жизни» из современного кинематографа, которые, скорее всего, хорошо известны читателю.

случае обсуждение таких (других) вариантов мести продолжалось в моем кабинете почти два года[1].

При «хронических суицидах», когда пациент почти на каждой сессии рассказывает об очередной попытке отравиться снотворным или бытовым газом, повеситься или выпрыгнуть из окна, некоторые терапевты не только подвергают эти фантазии ироничному (совместному с пациентом) анализу («А что, если это будет не вполне удачным, и после отравления — только пропадут все интеллектуальные способности и останетесь на десятилетия “овощем”, или оборвется веревка и стукнетесь головой — с тем же исходом» и т. д.), но и предпринимают «экстремальные» интервенции. Мне известны два случая, когда таким «хроническим суицидантам» терапевты говорили: «Вы уже сделали столько безуспешных попыток! А я — обещал вам помогать во всем. Почему бы вам не спросить у меня, как это сделать наверняка?» К счастью терапевтов, это, видимо, было сделано в удачное время, с учетом особенностей личности пациентов и имеющегося переноса, так как в обоих случаях пациенты реагировали почти одинаково: привставая на кушетке или с испугом вглядываясь в терапевта, они спрашивали: «Вы что — с ума сошли!» или «Вы что — это серьезно? Я подумаю». Но их суицидальные ориентации, за которыми, возможно, скрывались попытки манипуляции терапевтом, в обоих этих случаях заметно снижались. Следовало бы сразу предостеречь тех, кто склонен к экстремальным техникам терапии, от повторения таких подходов, во всяком случае — в первые годы практики.

[1] Хорошо известный в России французский психоаналитик д-р Алан Жибо в своем докладе на российско-французском симпозиуме по психоанализу в Институте им. Сербского (2001) высказал предположение, что большинство убийств не было бы совершено, если бы намеревающийся имел возможность поговорить об этом со специалистом. Прекрасная идея, но вряд ли пригодная для ее широкой реализации; те, кто решил преступить закон, и те люди, которые принимают решение о необходимости консультаций с терапевтом, — это слишком разные категории личностей.

О кредите

Вы провели с пациентом только 10 сессий, и вдруг — то ли всплеск инфляции, то ли увольнение, и пациент говорит, что он не может больше платить. Что целесообразно сделать в такой ситуации? Во-первых, выразить уверенность в восстановлении платежеспособности пациента. Во-вторых, можно уменьшить частоту сессий, но не менее одной в неделю. В-третьих, можно рассмотреть снижение оплаты, но не за счет ваших интересов, а за счет уменьшения продолжительности сессий, например, до 30 минут, хотя это не лучший вариант, который возможен только в случае, если пациент живет где-то рядом и может приходить для таких непротяженных встреч без особых затруднений.

Еще один вариант: открыть пациенту кредит. Иногда пациент и сам предлагает именно такой вариант, и тогда его тем более следует принять, так как пациент таким образом демонстрирует свою заинтересованность в продолжении терапии, в отличие от настойчивого желания прекратить ее (якобы по материальным соображениям, за которыми нередко скрывается сопротивление).

Итак, если пациент просит о кредите, целесообразно «выдать» его, но не в часах или в количестве сессий, а именно в конкретной сумме. Напомню еще раз, что обсуждение темы денег имеет особое значение для терапии[1]. Этот кредит не может быть безграничным или бессрочным, и это также

[1] Деньги являются всеобщим эквивалентом не только для вещного, но — отчасти — и для чувственного мира. Если вы согласны работать с пациентом бесплатно, то это будет своеобразным эквивалентом демонстрации своей любви к нему. Один мой пациент сформулировал эту идею достаточно комплиментарно и одновременно предельно откровенно (даже с оттенком некоторого упрека): «Вы относитесь ко мне, как добрая мама. Правда, мама за это денег не берет». — А я и не собирался быть его мамой — меня вполне устраивала роль его терапевта.

должно обсуждаться. Тем не менее предоставляемая виртуально сумма должна покрывать, как минимум, один месяц терапевтической работы, так как редко кому из утративших занятость удается найти новое место за более короткий срок. В моей практике было несколько случаев, когда сроки кредита продлевались, и даже неоднократно, иногда кредит возвращался даже через год, но ни одного случая невозврата не было.

Главное, из чего мы обычно исходим в такой ситуации — удержать пациента в терапии (в его интересах).

Ваш коллега покончил с собой...

Профессия психотерапевта принадлежит к группам риска, и суициды в нашей среде также случаются (то, что среди психоаналитиков — реже, чем у представителей других модальностей, не сильно утешает). В этом нет ничего удивительного: ранее уже упоминалось о неблагоприятных факторах каждодневной деятельности, поэтому, когда они усиливаются семейной дисгармонией или иными бытовыми неурядицами, взаимное потенцирование негативных аффектов профессиональной деятельности и «психопатологии обыденной жизни» может стать фатальным. Пациенты узнают об этом быстро, и, естественно, их это шокирует даже больше, чем наших коллег, так как они склонны считать нас некими особыми людьми, способными решать любые их и, уже тем более — собственные проблемы. Применительно к подобным случаям уместно напомнить (не только коллегам, но и нашим пациентам) один из главных тезисов гуманистической психотерапии Карла Роджерса: «Человек пришел к человеку», — который был своеобразным протестом против существующего до настоящего времени сектантства психо-

аналитиков и идей об «особо посвященных». Несмотря на все наши знания и опыт, мы остаемся такими же людьми, и ничто человеческое нам не чуждо, а причин для профессиональных деформаций и профессионального выгорания в нашей профессии, вероятно, даже больше, чем в любой другой.

Преждевременная смерть коллеги, о которой, к тому же, уже известно вашему пациенту, вне сомнения, может и должна быть предметом взаимного обсуждения (если пациент озвучивает эту тему), при этом, как и во всех других случаях — предельно искреннего и откровенного. Обсуждение таких тем с пациентом всегда ведется на доступном ему уровне, без использования специальной терминологии, а иногда (особенно в случаях, когда пациент недоумевает: «Как же так? Психотерапевт — и покончил с собой!») может быть и предельно простым: стоматологи также лечатся у стоматологов, а кардиологи, как и большинство других людей, умирают от остановки сердца.

Не так давно в одной из уважаемых ассоциаций психоаналитиков был такой случай суицида, и поскольку он был для этих коллег первым, многие оказались не готовыми к отражению этой ситуации в материале пациентов, но тем не менее общими усилиями и с помощью групповой работы самих психотерапевтов они с ней справились. Хотя были и ошибки. Например, по понятным причинам (чтобы новые пациенты не апеллировали к умершему терапевту) его имя через какое-то время было снято с сайта ассоциации, что тут же было замечено пациентами, посещающими психотерапевтический центр, и вновь спровоцировало возвращение к этой теме в процессе сессий. Большинство российских аналитиков — это молодые люди, и тема смерти им еще очень не близка. Однако когда такая ситуация возникает впервые,

можно рекомендовать тут же открыть на сайте ассоциации раздел «Мартиролог»[1], а пациентам умершего предложить выбрать других терапевтов, из числа тех, у кого имеются свободные места. Желательно также огласить имена этих терапевтов и количество мест у каждого них, и также дать информацию об этом на сайте, предварительно получив согласие коллег принять этих пациентов, так как работа с ними будет исходно осложнена предшествующей трагической для них ситуацией.

Чего нельзя?

Между двумя сессиями у вас появилось 15 свободных минут, и вы решили выпить кофе, не покидая свой кабинет, а пациент появляется на несколько минут раньше и приоткрывает дверь... Нормальное человеческое желание, даже просто из вежливости, предложить ему чашку кофе, тем более что он также, скорее всего, только что с работы. Но лучше этого не делать и попросить его подождать несколько минут, до начала сессии[2].

Вы обедаете в соседнем кафе, а ваш пациент также перед сессией или даже просто потому, что живет по соседству, «забежал» туда же, и вежливо интересуется, может ли он присесть рядом с вами. Целесообразно ответить, что вы как раз обдумываете очень важный вопрос и вам хотелось бы

---

[1] В данном случае имеется в виду «памятный список».

[2] У наших (пока — более состоятельных) западных коллег для ожидающих приема пациентов обычно имеется отдельная комната и ассистент, который предложит им кресло, воду, чай или кофе и в положенное время пригласит их в кабинет терапевта. Тем не менее многие западные коллеги, привыкшие и умеющие считать, принимают пациентов в однокомнатных квартирах, где кухня переоборудована под помещение для ожидания, а на столе у терапевта имеется видеосистема и электронный ключ, с помощью которого пациент впускается и остается в комнате ожидания до тех пор, пока не уйдет предшествующий.

побыть одному (первую часть ответа можно пропустить, ограничившись последней).

Вы пришли в гости к старому другу и обнаружили, что и ваш пациент также среди приглашенных. Придется найти повод, чтобы уйти при первом удобном случае. Если за вас это сделает пациент, так же как и в случае, если вы останетесь оба, это только усугубит ситуацию и существенно осложнит вашу последующую работу (и эффективность терапии для пациента, а мы обязаны всегда действовать в его интересах).

Вы вышли из вашего офиса, одновременно обнаружив два неприятных факта: на улице идет дождь, а у вас нет зонта. Напротив входа в офис открывается дверца автомобиля и пациент (только что покинувший ваш кабинет) предлагает подвезти вас домой. Сошлитесь на то, что вы очень любите прогулки под дождем.

Пациент, сидя в комнате для ожидания, случайно услышал ваш разговор по телефону, где вы выражали сожаление, что сегодня вечером никак не можете кого-то встретить на вокзале или что-то где-то забрать. Как приличный человек, который относится к вам с искренним уважением — пациент предлагает сделать это за вас: он как раз совершенно свободен после сессии. Поблагодарите и скажите, что эта проблема уже разрешилась.

Пациент предлагает провести одну из сессий в дорогом клубном ресторане, где обстановка располагает к доверительной беседе, а он — к тому же еще и совладелец. Или еще более экзотичный вариант: пациент звонит вам из Лондона и, ссылаясь на занятость, невозможность его приезда и острую потребность хотя бы в двух сессиях, просит вас («если хотите с супругой») прилететь на выходные, номер люкс в 5-звездном отеле для вас уже заказан, все расходы компенсируются. Естественно, все это не принимается.

Главное правило — никогда ни о чем не просить пациента и — по возможности, не допускать никаких контактов с ним вне сессий. Эти ситуации описываются так подробно, хотя их перечень далеко не полон, так как они встречаются достаточно часто и за ними скрывается присущее почти всем пациентам желание и даже потребность сближения с терапевтом (а на профессиональном языке это именуется нарушением границ терапии), в результате чего вы можете стать просто знакомыми, возможно — на какой-то период даже любовниками (что еще хуже), весьма сомнительно — что друзьями, но функции терапевта вами будут, безусловно, утрачены. Терапевтические границы — это очень многогранное понятие, и соблюдение сеттинга: времени прихода и ухода пациента, своевременная оплата, выражение любых чувств и эмоций в процессе сессии, но только в их вербальной форме — лишь отдельные составляющие этих границ.

Норвежский опыт

Несмотря на жесткое обозначение границ в предыдущем разделе, правила должны быть не только строгими, но и достаточно гибкими. Поэтому, даже предвидя, что кто-то упрекнет автора в непоследовательности, приведу пример качественно иного опыта, с которым мне удалось познакомиться в процессе одного из съездов Европейской Федерации Психоанализа, который проводился в Осло.

Столица Норвегии — самый крупный город в этой стране, где проживают около 300 тысяч человек. Остальные города намного меньше, а большинство из них — это 3–5 тысяч жителей (на каждой даже небольшой улице в Петербурге живет больше). В связи с чем мне было чрезвычайно интересно: как же наши норвежские коллеги справляются с соблюде-

нием терапевтических правил и границ? Норвежцы, к моему удивлению, откровенно иронизировали над этими «американскими придумками» и столь же откровенно рассказывали мне, как все это происходит в реальности. Например, одна коллега сказала, что сейчас у нее в анализе бывшая жена ее нынешнего мужа, бармен (единственного в их городе бара), а также — две женщины, живущие в соседних домах. У другого и третьего была аналогичная ситуация. Тем не менее, признавая эту реальность, от которой нельзя уйти, думаю (и это подтверждается опытом), что терапевтические границы должны, по возможности, оставаться незыблемыми.

Что позволено?

Еще в процессе первой встречи, после заключения предварительного соглашения целесообразно разъяснить пациенту, что салфетки, если они понадобятся, лежат рядом, там же — плед (если пациент согласен проводить терапию, лежа на кушетке), вода и чистые стаканы — на тумбочке рядом с ним. Если ему будет необходимо выйти в туалет, это также всегда возможно.

Все должно быть сделано для того, чтобы пациент чувствовал себя комфортно в вашем кабинете. Его также можно спросить — достаточно ли здесь тепло и светло, не попадает ли свет от лампы ему в глаза и т. д.

Некоторые терапевты курят в процессе сессий, но это возможно только, если пациент не возражает, о чем его обязательно нужно спросить. При этом курящие психоаналитики даже в случае согласия пациента не злоупотребляют этим и одновременно не дают согласия на курение пациенту (мотивируя это, например, тем, что они весь день находятся на рабочем месте, а пациент — всего 45–50 минут). Уверен, что

мои американские коллеги и мой друг Харольд Стерн осудят меня за такие допущения, но здесь описывается не идеальная ситуация, а то, с чем мы сталкиваемся в реальности.

Вспомнились еще два случая, имеющие отношение к «можно» и «нельзя». Моя пациентка просит: «Не подадите ли вы мне плед?» Мой ответ ее немного удивляет: «Конечно, я мог бы, но он лежит ближе к вам», — после чего она явно неохотно и даже разочарованно берет плед. Через некоторое время та же пациентка говорит мне перед уходом: «Вы вроде бы интеллигентный человек... А почему вы никогда не подаете мне пальто?» Подходящим вариантом ответа здесь может быть: «Я не знал, что вы этого хотите. Давайте обсудим это на следующей встрече». Здесь не случайно написано «подходящий ответ», потому что до этого у меня был случай (даже два случая), когда, подавая пальто, я и сам не заметил, как оказался в объятиях пациенток, совершенно не желая этого и будучи смущенным не менее, чем они. Одна из них после этого ушла из терапии (точнее — вообще больше не появилась), а другая лишь через год смогла с улыбкой и самоиронией обсуждать эту ситуацию. Это примеры следует отнести все к тем же попыткам нарушения терапевтических границ, в данном случае — путем сокращения физической дистанции между терапевтом и пациентом.

А можно ли обнять пациента?

Большинство коллег ответят абсолютно однозначно: конечно, нельзя. Не всегда. Моя пациентка — чрезвычайно интересная и хорошо сложенная женщина, которая вполне могла бы быть фотомоделью, на протяжении десятков сессий описывает крайне негативное отношение к ней со стороны явно садистической матери и в целом — патогенной семьи, в

том числе она приводит выражения, которые ей неоднократно приходилось слышать в детстве: «Какая ты неуклюжая, некрасивая, убогая, «ни кожи — ни рожи», как от тебя воняет, и кто тебя такую замуж возьмет?» — одновременно вспоминая (как подтверждение правоты матери), что никто в детстве никогда не обнимал ее, не целовал — ни мать, ни отец, ни бабушка. Не проявляя ни малейшей неискренности, в конце сессии спрашиваю пациенту: «Доверяет ли она мне?» — и, получив утвердительный ответ, говорю: «Возможно, мне пора сменить мои очки, но как мужчина с солидным жизненным опытом я вижу перед собой хорошо сложенную и очень интересную молодую женщину с прекрасной кожей, красивым лицом и удивительными глазами». Пациентка плачет, но время нашей встречи истекло, и я, обещая продолжить обсуждение этой темы на следующей сессии, прошу ее вытереть слезы и успокоиться, с иронической мотивацией: «Кто же придет к терапевту, от которого пациенты выходят в слезах, как от плохого стоматолога?» Шутка вызывает отклик и слабую улыбку на лице пациентки. Но, подойдя к двери, до которой я обычно провожаю всех пациентов, она вдруг оборачивается и, опустив глаза, спрашивает, почти без надежды в голосе: «А вы могли бы меня обнять?» Конечно, я даже не отвечаю — я просто прижимаю ее к себе на несколько мгновений и говорю: «До следующей встречи». Здесь уместно напомнить тезис Шандора Ференци об «эластичности терапевтических границ», но должен сразу отметить, что мое понимание этого тезиса не простирается так широко, как в подходах выдающегося венгерского психоаналитика (специалисты поймут, почему об этом упоминается особо).

Старые принципы и сомнения

А можно ли просидеть с пациентом всю сессию, обнимая его? Еще недавно каждый психоаналитик, который бы задал такой вопрос, вызвал бы в лучшем случае вежливое недоумение: «Можно, только это будет уже не психоанализ, где принцип нейтральности еще никто не отменял!» Но меняются времена (о нравах упоминать не будем — это не имеет отношение к нашей профессии), и меняются правила.

Работа с острой и массовой психической травмой поставила под сомнение ряд терапевтических принципов. Впервые этот вопрос возник у израильских психоаналитиков после убийства премьер-министра и признанного вождя нации Исаака Рабина (07.11.1995), а затем у американских коллег — после террористической атаки (11.09.2001), которые стали для обоих народов общенациональными трагедиями и никого не оставили интактным. Именно в этот период началось обсуждение: а уместно ли аналитикам, для которых это было такой же трагедией, а для некоторых (при атаке на «небоскребы-близнецы») — повлекло личные утраты, лицемерно умалчивая о собственных переживаниях, демонстрировать пациентам ложную нейтральность, избегая даже намека на самораскрытие? Не является ли «принятие роли всемогущих родителей» в подобных ситуациях в гораздо большей степени проявлением обычной человеческой неискренности, нежели склонности следовать традиционным правилам? Не будет ли честнее по отношению и к себе, и к нашим пациентам проявлять понимание и сочувствие, а также раскрывать информацию о себе и позволять физический контакт с пациентом в форме прикосновений и даже раскрытия объятий для рыдающего, а возможно — и совместного оплакивания общих утрат? Эти дискуссии пока ничем не завершились. У меня также нет

определенного мнения на этот счет. И хотя применительно к этому обсуждению мной уже дважды упоминался тезис об «эластичности психоаналитических техник», применять такие варианты на практике мне пока не приходилось. Однако мне известны хорошие специалисты, которые действуют в таких ситуациях более решительно и без какого-либо ущерба для своего психоаналитического кредо готовы раскрыть объятия своим пациентам (естественно — лишь для оплакивания их утрат). И у меня нет никаких оснований для осуждения такой практики, если, конечно, она не сексуализируется (а в известных мне случаях этого не было).

Тем не менее в результате этих сомнений и переосмысления этих идей и моя практика постепенно модифицируется. На это могут быть и иные причины: под влиянием возраста моя эмоциональность явно становится более тонкой, а с накоплением опыта — появляется больше терапевтической смелости. Если ранее, испытывая искреннее сочувствие к пациенту, мне удавалось относительно легко контролировать свои эмоции, сейчас я в ряде случаев не нахожу целесообразным их скрывать, и эффект бывает неожиданным. Приведу пример. Моя пациентка на протяжении десятков сессий рассказывает о своей жестокой матери (явный психологический садизм, который длится уже 37 лет — они живут вместе). Но весь ее рассказ — это как бы взгляд со стороны — совершенно безэмоциональный и однотонный, никакой разрядки и никакого выхода (безусловно, имеющихся у пациентки) аффективных переживаний, без чего терапия, как правило, неэффективна. В процессе одной из сессий, когда пациентка в очередной раз монотонно возвращается к ситуациям раннего («забитого» и бесконечно униженного) детства, я чувствую, что даже у меня наворачиваются слезы, о чем, повинуясь, скорее, интуиции, сообщаю пациентке: «Даже я плачу от жалости к этой бедной

девочке. Почему вы никогда не плачете? Вам совсем ее не жаль?» И только после этого признания пациентка впервые смогла оплакать свое неизбывное горе.

Иногда, если пациент боится или демонстрирует неспособность проявлять эмоции, ему можно показать, что это нормально и безопасно.

Авторитет

Авторитет и известность терапевта, как отмечал еще К. И. Платонов, являются самостоятельными терапевтическими факторами. Поэтому естественно, что некоторым специалистам хотелось бы, чтобы их пациенты исходно признавали их авторитет, и они нередко предпринимают «особые» усилия по популяризации собственной личности. В современных условиях в качестве самого «верного» средства достижения популярности рассматривается телевидение, где в последние годы наблюдается определенная мода на «мнение психотерапевта», и те, у кого есть такая возможность, пытаются это использовать. В этих же целях некоторыми специалистами (и даже — неспециалистами) распространяются слухи, что они — и есть самые лучшие[1]. Этой же цели служат вывешиваемые в приемном кабинете многочисленные дипломы и сертификаты, которых у каждого терапевта наберется несколько десятков[2].

---

[1] Некоторые не удовлетворяются слухами. Питерские специалисты хорошо помнят, как лет 5–6 назад на протяжении ряда месяцев в рекламном модуле еженедельного издания телевизионных программ постоянно присутствовал адрес и телефон «самого лучшего психоаналитика Петербурга» — некой Алины, которую в профессиональном сообществе вообще никто не знал. Известными и самыми лучшими терапевты, конечно же, становятся не в результате рекламы, регулярного участия в телешоу или активной общественной деятельности.

[2] В общем-то, это становится общепринятым. Недавно в одной парикмахерской с расстояния в несколько метров прочитал: «Сертификат Международного конкурса на звание мастера “Золотые руки” выдан... (такому-то)». Золотая с тиснением печать, подписи и т. д. Подойдя поближе, под надписью «Сертификат»

К таким вариантам самопрезентации и утверждения, конечно же, нужно относиться с пониманием, и они вряд ли заслуживают осуждения. Тем не менее уместно напомнить, что чем меньше пациент знает о терапевте, тем больше он будет проецировать на него в переносе, и — соответственно — при иной ситуации перенос будет исходно осложненным или затрудненным. Долгие годы ничто так не осложняло мои отношения с пациентами, как особый статус руководителя Института, в который они обращались, и иногда на протяжении десятков сессий пациенты говорили не со мной, а с некой властной фигурой; но затем мне удалось выработать свой способ ухода от этого внешнего (для терапии) имиджа.

Тем не менее следует признать, что всегда есть пациенты, которые соглашаются работать только с самым «главным» (в их представлениях — «самым лучшим», что, конечно же, далеко не всегда соответствует действительности: главный и лучший — это разные категории). Другие во что бы то ни стало стремятся попасть на прием к самому известному (или, как сейчас говорят, «раскрученному») и затем (или даже в процессе терапии) с удовольствием рассказывают об этом своим друзьям и коллегам, что, безусловно, осложняет терапию[1]. Третья категория пациентов, наоборот, с некоторой опаской относится к терапевтам, которые часто «мелькают» на экране телевизора, отчасти справедливо видя в этом некие

увидел набранное чрезвычайно мелким шрифтом — «участника отборочного тура». Безусловно, что терапевты вряд ли будут действовать подобным образом, но определенная селекция сертификатов участия должна быть.

[1] Требование конфиденциальности в отношении материала сессий относится не только к терапевту, но и к пациенту, и он должен быть об этом исходно — или по прецеденту — уведомлен, так как если сессии обсуждаются с кем-либо еще, перенос может принимать характер диссоциированного или множественного, или неустойчивого, но во всех случаях — осложненного. В равной степени это относится и к дискуссионному положению о работе с двумя терапевтами одновременно, где этика психоанализа предполагает один вариант решения, а методология — другой.

элементы шоуменства. Какой вывод можно было бы сделать? Никого не стоит осуждать, так как обычно на все есть какой-то спрос. Но, в целом, наша профессия предполагает определенную интимность, поэтому естественное стремление к популярности должно быть взвешенным и дозированным. Самую лучшую рекламу терапевту создает не телевидение или написанные им статьи или книги; это как раз тот случай, когда «сарафанное радио» (от пациента к пациенту) действует намного эффективнее.

Имидж терапевта

Обычно имидж определяется как искусственно формируемый образ какого-либо явления (чаще личности или фирмы, но речь может идти и об имидже какого-либо события). Главная задача имиджа — придать той или иной личности, фирме или событию функцию запоминаемости и определенности восприятия окружающими, чаще всего, чтобы это явление выглядело как можно лучше в глазах клиентов (однако понятие «негативный имидж» также существует). Имидж терапевта, как уже отмечалось, включает его внешний вид, преобладающий стиль общения, переписки, рекламы, публикаций и невербального поведения в повседневных ситуациях, а также интерьер его офиса.

Хотя считается, что имидж — это то, как тебя видят окружающие, на самом деле — это то, как человек отражается в восприятии других (или, если присутствует особая озабоченность проблемой имиджа — как он хотел бы восприниматься ближайшим или более широким социумом)[1].

[1] Адекватная самооценка даже среди абсолютно здоровых людей встречается не так уж часто, и многие на протяжении десятилетий, а то и всей жизни оказываются «заложниками» своих воображаемых имиджей (психотерапевтическая среда не является исключением).

Некоторые люди обладают особым имиджем от природы, и им не приходится прилагать каких-либо усилий (и тратить средств) на его формирование. Другие, не жалея сил и средств, работают над своим имиджем или даже имиджами — для каждого особого случая (нередко связывая это понятие не столько с внутренним содержанием, сколько с внешним обликом — одеждой, теми или иными аксессуарами, приличествующими конкретному случаю фразами и выражениями лица, и т. д.). Имиджмейкерство стало одной из профессий, и при желании имидж можно менять хоть каждый день, были бы средства.

Третьи самостоятельно улавливают общие тенденции и экспектации клиентов (на которых чаще всего направлен и проецируется тот или иной имидж) и удовлетворяются неким усредненным вариантом, принятым в профессиональной среде. Применительно к психотерапии — это обычно связывается с открытостью, доброжелательностью, коммуникабельностью, чистоплотностью, элегантностью во внешнем облике и не выставляемыми на показ образованностью и культурой. Работа над таким имиджем иногда совершается как бы сама по себе, а в других случаях требует серьезных усилий, не столько материальных, сколько духовных, в том числе — не всегда доставляющих удовольствие.

Приведу один пример. В период массового увлечения Гарри Поттером (в которое на какой-то период вовлеклись не только дети, но и взрослые) моей коллеге пришлось прочитать (не вызывающие у нее восторга) почти все произведения Джоан Роулинг, чтобы говорить с ее пациентами на одном языке. Что касается Михаила Булгакова, Ивана Бунина, Федора Достоевского, Ильи Ильфа и Евгения Петрова, Редьярда Киплинга, Антона Чехова, Льва Толстого, Уильяма Шекспира и десятков других, то это — для обычного российского тера-

певта — само собой разумеется. Припомнилось, как однажды на супервизии мы потратили около получаса, объясняя зарубежному коллеге процитированную терапевтом (ключевую для представляемой сессии) фразу пациента: «А вы, Шура, пилите, пилите...». Если бы такое же непонимание пациент встретил на сессии, это, конечно, не было бы фатальным для терапии, но вне сомнения было бы воспринято негативно. Именно поэтому мной неоднократно высказывался определенный скепсис в отношении попыток проведения обучающего анализа с иностранными (инокультурными) специалистами, особенно когда такой анализ проводится на третьем для обеих сторон языке.

Наряду с теоретической и методической, общеобразовательная и общекультурная подготовка являются самостоятельной задачей любого психотерапевта. Он должен быть в курсе модных романов, премьер спектаклей и т. д. (хотя мне самому никогда это не удавалось). Но в идеале свободное время терапевта целесообразно планировать так, чтобы его хватало и на эту часть профессиональной подготовки (без кавычек).

Тем не менее нужно признать, что в реальности мы встречаемся в нашей профессиональной среде с самым широким диапазоном проявлений общей и терапевтической культуры специалистов. В итоге одни появляются на сценах многолюдных залов в расшитых звездами халатах или дают всеобщие «установки» еще более объемной аудитории, другие изображают неких гуру в своих соответствующе оформленных офисах, а третьи — предпочитают оставаться просто хорошо подготовленными к этому особому виду деятельности людьми, встречая каждого пациента с более простой и более обоснованной внутренней убежденностью: человек пришел к человеку.

Пациент пришел к вам от другого терапевта

К вам пришел пациент и сообщил, что ранее он был в терапии у другого специалиста, но не считает его достаточно компетентным, понимающим или еще каким-либо, — и решил от него уйти. Первое, что мы должны сделать (каково бы не было личное отношение к упомянутому пациентом коллеге): продемонстрировать высокий уровень корпоративной этики и выяснить — были ли их отношения завершены удовлетворительно? Независимо от ответа пациента его также нужно спросить о согласии на получение информации у противоположной стороны о том, как была завершена (или прервана) терапия, и отложить решение вопроса о начале совместной работы до контакта с коллегой.

Пациента также целесообразно предупредить, что этот контакт не будет преследовать цели узнать о том, каковы проблемы пациента и как проходила терапия, — речь будет идти только об удовлетворительности завершения их отношений. Такой подход обусловливается тем, что терапевт, от которого ушел пациент, вряд ли может быть достаточно объективным — и нам важен только сам вариант завершения. Уход пациента может быть результатом сопротивления или отыгрывания, которые нередки в терапии. Вместе с тем пациент имеет безусловное право на смену терапевта по своему желанию, однако наша тактика в подобных случаях состоит не только в поддержании высоких стандартов корпоративной этики, но и в формировании у пациента более адекватных стереотипов завершения любых отношений, учитывая, что их разрывы, «раз и навсегда» — относятся к типично невротическим паттернам поведения, наличие которых у тех, кто приходит к нам за помощью, — не такая уж редкость.

Небольшое примечание: пациент-мазохист склонен выбирать именно такого терапевта, который не способен ему помочь, и нередко он (неосознанно) категорически отвергает помогающего. В ситуациях, если ему не удалось ни первое, ни второе, он нередко переходит к «мазохистическому стилю общения», находя побуждение к страданию в любой фразе терапевта («Вам нравится мучить меня», — заявляют такие пациенты почти на каждой сессии). Хотя здесь вполне уместно предположить и переход пациента к садистической позиции, когда он (бессознательно) пытается любыми способами помешать эффективной работе терапевта, одновременно заставляя последнего чувствовать себя жертвой и стараясь причинить ему мучения. Та или иная интерпретация поведения пациента в этом случае зависит от диагностики переноса, сопротивления и защит, а также от конкретного этапа и актуальной ситуации в терапии.

Первичное интервью

Методика первичного интервью многократно описана в психоаналитической литературе, и вряд ли уместно дополнять или давать еще один вариант этого важнейшего этапа.

То, что хотелось бы отметить в этом разделе, будет достаточно кратким. Опыт показывает, что иногда проводить первичное интервью вообще нецелесообразно, особенно если пациент настроен говорить и хочет быть выслушанным. В этом случае лучше отложить все имеющиеся вопросы на будущее[1]. В целом, как справедливо отмечает Петер Куттер,

[1] Очень образно эту ситуацию в процессе своей московской лекции в январе 2000 года характеризовал преподаватель нашего Института д-р Х. Стерн: «Представьте себе, что звучит музыка, и я приглашаю Вас на танец. Но звучит вальс, а я танцую фокстрот. Каково будет Вам?» Хотя у каждого терапевта имеется свой «почерк» работы, музыку, в определенном смысле, всегда заказывает пациент, и здесь очень важно «уловить мелодию» уже на первой встрече.

«психоаналитическое «интервью» в действительности весьма редко заключается в одном лишь задавании вопросов и получении на них ответов», а прилагательное «психоаналитическое» призвано лишь показать, что в данном «интервью» применяются методы психоанализа[1], которые, естественно, нужно не просто знать, а органически усвоить их методологию, то есть не те или иные правила, а психоаналитический стиль и способ мышления, что составляет главную задачу профессионального образования и тренинга.

Один мой пациент — после предварительного звонка и краткого ознакомления с общими правилами проведения терапии непрерывно говорил в течение 18 сессий. Естественно, было бы глупо останавливать его, чтобы выяснить у него те или иные биографические данные. Более продуктивным в таких ситуациях является заинтересованное «пассивное» слушание и сопоставление услышанного с психоаналитическими теориями (а) личности и (б) генеза психических расстройств, что предоставляет достаточный объем материала для понимания того, что скрывается за тем или иным симптомом (который манифестируется в речи и/или симптоматических действиях пациента).

В других случаях, когда пациент не склонен говорить и ориентирован на проявления интереса к себе, терапевту следует демонстрировать больше активности, но ни в коем случае не уподобляясь неким кадровым службам, выясняя дату рождения, происхождение, образование, семейное положение и т. д. Принципиально важно исходно обратить внимание пациента на те сферы, о которых в обычных ситуациях люди мало задумываются: что пациент думает о психологических причинах его страдания, каково эмоциональное содержание

[1] Куттер, П. Современный психоанализ. — СПб.: Б.С.К., 1997. — С. 226.

события, как оно развивалось, насколько устойчивы его психологические связи с ближайшим окружением, каково его эмоциональное отношение к сложившейся ситуации, что он думает о своих родных и близких, о будущем (в свете его проблем) и т. д.

При этом внимание обращается не столько на сами факты, которые безусловно, важны, но и на то, как они интерпретируются пациентом, какие сферы эмоционально-волевой самоактуализации личности и ее отношений вызывают наибольшее сопротивление, применительно к каким ситуациям выявляется особая ригидность или фиксация, каковы преобладающие формы психологических защит, присутствуют ли проявления агрессии или аутоагрессии, имеются ли садистические или мазохистические тенденции, настолько широка сфера общения пациента, присутствуют ли какие-либо особенности его поло-ролевой идентификации, есть ли проявления амбивалентности, какова способность пациента к рефлексии и т. д. Самостоятельной задачей является решение вопроса о «эдипальности» или «до-эдипальности», а также диагностика переноса пациента.

По принципиальным соображениям мной никогда не ставится вопрос о наличии у пациента какого-либо диагноза: соматического или психиатрического. — Это не так уж важно (психодинамический вариант диагноза со временем будет, безусловно, установлен), а о своих соматических страданиях пациент расскажет сам, когда найдет это необходимым. Это всегда вопрос времени, доверия и страха. Поясню последний вариант: одна из моих пациенток с безусловным, если не сказать — гипертрофированным доверием ко мне на протяжении двух лет скрывала свое многолетнее «психиатрическое прошлое», опасаясь, что я откажусь от нее.

Симптоматические действия

Понятие о симптоматических действиях, к которым относится весь невербальный фон каждой сессии[1], известно далеко за пределами психоанализа, но даже психоаналитики не всегда уделяют им должное внимание. Однако более продуктивной является позиция терапевта, когда такое действие становится предметом дополнительного анализа (даже если пациент «просто “заерзал”», «просто зевнул» или улыбнулся каким-то «внутренним» мыслям). Хотя и не всегда, что будет прояснено ниже.

Моя пациентка говорит, что иногда ей бывает очень неуютно на кушетке. На мой вопрос: «Почему?» — поясняет, что боится, что я могу ее ударить чем-либо сзади (происхождение этого страха также обсуждалось, но в нашем примере — не это главное). Естественно, что мне было нужно прояснить эту фантазию, и было задано несколько дополнительных вопросов, в том числе: «А в какое место я мог бы ударить?». Пациентка отвечает: «По голове», — но параллельно делает легкое, как бы пальпирующее движение двумя руками, сложенными на животе. Я уточняю: «Вы сказали “по голове” и одновременно руками как бы указали на живот. Почему?» Далее приведу краткий диалог полностью.

П.: Могли бы и по животу.

Т.: По какой части живота?

П.: По низу живота.

Т.: А что находится внизу живота?

[1] Это понятие гораздо шире тех частных случаев, которые упоминаются в этом разделе, и включает феномены оговорок, описок, забывание и другие искажения поведения, возникающие в результате взаимодействия различных психических инстанций, влечений и сил.

П. Придатки (естественно, мне известно, что это далеко не единственное, что есть «внизу». — *М. Р.*).

Т. А зачем мне вас бить по придаткам?

П. Незачем... У меня и так не будет детей.

Здесь достаточно наглядно показано, как меняется ракурс обсуждения и появляется тема, ранее ни разу не затрагивавшаяся пациенткой.

Существует огромное множество вариантов таких симптоматических действий, и в большинстве случаев они не должны оставаться без внимания. Здесь не случайно сказано «в большинстве случаев», так как некоторые терапевты доводят это правило до почти параноидального преследования пациента, постоянно задавая ему вопросы типа: «А почему вы сказали именно так? А почему в это же время вы потерли свой нос (сменили позу, закашляли)?» и т. д. Пациент в подобных ситуациях не только чувствует себя «блохой под микроскопом» увлеченного энтомолога, но и полностью утрачивает способность к свободным ассоциациям, переключая все внимание на свое поведение и на то, как верно сформулировать фразы, чтобы угодить аналитику. Невербальные варианты коммуникации в процессе терапевтических сессий требуют особого внимания в тех случаях, когда имеются их явные несоответствия тому, о чем говорит пациент (как в приведенном выше случае).

Отрицание проблемы и скорость терапии

Отрицание относится к наиболее общим механизмам психологической защиты, и если в обыденной речи оно обычно происходит незамеченным или предполагает согласие или несогласие с собеседником, то появление любой (особенно

настойчивой и эмоциональной) формы отрицания в терапии всегда требует самостоятельного исследования. Как мы помним, еще Фрейдом было установлено, что за отрицанием нередко скрывается желание отрицаемого.

Другая моя пациента (не та, о которой шла речь в предыдущем разделе) на протяжении нескольких сессий подробно рассказывает о всяческих заботах и неприятностях, которые ее подругам доставляют их маленькие или уже повзрослевшие дети, демонстрируя свое сочувствие их проблемам, занятости, отсутствию какой-либо личной жизни и периодически констатируя: «Слава Богу, у меня нет детей». В конечном итоге, это и оказалось ее главной проблемой. Хотя вначале нам пришлось пройти множеством окольных путей, включая длительные сетования по поводу современных семей и мужчин (все ее подруги — без мужей), затем — через обсуждение проблемы одиночества (с различных точек зрения: «Это — когда ты никому не нужен или — когда тебе никто не нужен?») и т. д.

Такие ситуации достаточно типичны и в большинстве случаев легко опознаются, поэтому ограничимся только этим кратким напоминанием о том, что любая форма отрицания в терапии требует исследования. Но одновременно еще раз подчеркнем: то, что специалисту может быть интуитивно понятно уже на первой встрече, для пациента прояснится нескоро; безусловно, это знание есть и у него, но оно «отгорожено» от его сознания «защитным экраном»; и было бы чрезвычайно наивно надеяться, что, в срочном порядке доказывая пациенту свою проницательность, терапевт сможет хоть чем-то ему помочь. Мы движемся к осознанию конкретных проблем не с той легкостью, которую позволяют наши знания и опыт, а с той скоростью, которая доступна пациенту.

Откуда начать?

Продолжая предыдущий раздел, рассмотрим широко известное метафорическое понятие о том, что начинать нужно «с поверхности».

Испытывая определенные трудности адаптации в мире, наши пациенты на протяжении ряда лет или даже десятилетий предпринимают множество усилий, чтобы отгородиться от этого (чуждого им или не принимающего их) мира. И нередко преуспевают в этом — и физически (в той или иной форме «затворничества»), и психологически — образно говоря, возводя вокруг собственной личности надежную «крепость», и затем — постоянно укрепляют и наращивают ее. Но однажды эта крепость достигает таких размеров, что из-за ее стен уже вообще не видно света, и именно в таком состоянии «слепоты и темноты» они обычно приходят к нам, потому что — дальше так жить становится уже просто невозможно. Терапевт, склонный, как уже отмечалось выше, демонстрировать свою проницательность и интуицию, который моментально опознает проблему пациента и во что бы то ни стало захочет довести ее до его сознания, в таком случае уподобляется человеку с кувалдой, который пытается разрушить то, что «по кирпичику» создавалось в течение десятилетий и поэтому обладает самостоятельной ценностью для пациента. Кроме того, пациент еще не знает и боится терапевта, он еще не способен рассмотреть ваших благих намерений, а едва заметив «кувалду» или даже «молоток», приготовится к отчаянному сопротивлению. Вам это нужно?

Начинать с поверхности — это значит: приступить к длительным переговорам, на первом этапе — через «крепостную стену», постепенно завоевывая доверие пациента и лишь через некоторое время предлагая ему убрать хотя бы

«один ряд кирпичей», заведомо гарантируя ему поддержку, если он испугается даже оттого, что снова увидит свет. Но в любом случае терапевту нужно запастись терпением. То, что терапия нередко оказывается достаточно длительной, в большинстве случаев ни в коей мере не определяется заинтересованностью терапевта в том, чтобы удерживать пациента, а в его ориентации на то, чтобы помочь ему, а не разрушить его окончательно. Увы, последний вариант также случается, особенно у «доморощенных» психотерапевтов, считающих терапией то, что они сами напридумывали. За всю историю современной психотерапии выдающимися умами было создано, детально разработано и обосновано всего 5 методов: внушение, рациональная терапия (Поля Дюбуа), психоанализ (Зигмунда Фрейда), поведенческая терапия (Джона Уотсона) и гештальт-терапия (Фрица Перлза)[1]. Все остальное в современной профессиональной практике — только техники, в основе которых лежит одна из упомянутых методологий, а все, что за пределами этого — это, как говорится, «от лукавого».

Эротический перенос

Как известно, перенос формируется при любой форме или методе терапии, даже если терапевт ничего не знает об этом термине. Вариантов переноса много, наиболее легко опознаются его самые примитивные формы — позитивный и негативный во всем множестве их проявлений, а вот эро-

[1] Здесь не упоминается гуманистическая терапия по Карлу Роджерсу, так как, с одной стороны — она была попыткой синтеза психоанализа и поведенческой психотерапии, а с другой — сами представители этого направления признают, что после смерти его основатели оно методологически «иссякло» (что, в принципе, естественно, так как синтез не увенчался появлением чего-то принципиально нового). Отчасти этот тезис мог бы быть применен к к гештальт-терапии, в основе которой лежали разработки психоаналитика Фрица Перлза, считавшего необходимым улучшить и упростить психоанализ, однако в гештальте присутствует и множество оригинальных подходов.

тический нередко остается «тайной» для терапевта на протяжении достаточно длительного периода, ибо он, в отличие от позитивного, который просто приятен, может доставлять удовольствие, одновременно существенно осложняя терапию и делая межличностный контакт терапевта и пациента исходно лицемерным.

Перенос пациента — это не столько формирующееся, сколько чисто спонтанное отношение и/или актуализация и проекция прежнего опыта на психоаналитика. В равной степени это относится и к эротическому переносу, при котором чувства пациента в большинстве случаев относятся не столько к самому аналитику, сколько к прежним (включая фантазийные) объектам привязанности. Иногда аналитик даже избирается (безусловно, неосознанно) по подобию этим объектам, особенно в случаях невротических расстройств, при которых пациенты демонстрируют особую склонность к всевозможным попыткам сексуализации отношений с терапевтом. Эротический перенос до-эдипального пациента обычно более специфичен и чаще обусловлен не столько сексуальностью, сколько потребностью в обычном эмоциональном и телесном контакте, материнском тепле и физической заботе. В последнем случае далеко не всегда уместно это обсуждать, так как в этом случае мы нередко имеем дело с до-пубертатным «ребенком» (даже если ему далеко за 30), и он просто не поймет и не примет интерпретацию его желаний и поведения в терминах сексуальности.

Если пациент в той или иной мере затрагивает тему сексуальности, а уж тем более если эта тема всплывает в связи с отношениями переноса, она должна быть абсолютно доступна для обсуждения, как и любая другая. «Уклонение» терапевта от такого обсуждения делает его контакт с пациентом двусмысленным, где есть место запретным темам, недоговоренностям и т. п. Даже если терапевт не будет замечать или будет

делать вид, что он не замечает и не чувствует сексуального накала в терапевтическом пространстве, «бомба» все равно взорвется — или нарушением терапевтических границ, или уходом пациента.

Хорошо помню, какой искренний испуг в первый раз у меня вызвало предложение пациентки заняться сексом (это было в 1976). Только позднее мне стало понятно — какой ужас могли вызывать у пациентки несколько секунд моего молчания. Но в последующем таких непрофессиональных ситуаций (с моей стороны) уже не допускалось, хотя и пациентки, и пациенты (с нестандартной сексуальной ориентацией) пытались провоцировать их неоднократно.

Приведу один из достаточно типичных диалогов, характерных для такой ситуации (и ее преодоления).

П.: Мы с вами разговариваем на всякие темы уже почти год...

Т.: И что?

П.: Почему бы нам не начать... «трахаться». Ой, извините! Случайно вырвалось.

Т.: (самым обычным тоном) Не стоит извиняться. Давайте обсудим эту тему.

П.: Да нет. Это просто шутка.

Т.: Давайте обсудим шутку.

П.: Не надо ничего обсуждать!

Т.: И все-таки. Мы займемся этим прямо здесь или в другом месте?

П.: (игриво) Ну, если только в шутку... В общем-то, все равно.

Т.: На каждой сессии или реже?

П.: (смеется) Ну уж, как получится.

Т.: А вы по-прежнему будете оплачивать мои услуги?

П.: (в растяжку) Интересный вопрос...

Последующие вопросы касались того, скажем ли мы об этом нашим супругам, будем ли мы предохраняться, что будем делать в случае беременности и т. д., и т. п. Пациентка не раз пыталась прервать это обсуждение фразами: «Слушайте, хватит уже! Какую ерунду мы с вами несем! Ну что вы прицепились к этому?» — но во всех случаях мной подтверждалось, что это вовсе не ерунда, а очень важный аспект наших отношений и ее чувств. Но самым важным аспектом этого обсуждения являлись не столько ее чувства ко мне (как к объекту переноса), а то, что стояло за ее желанием и ее потребностью в сексуальной близости, каковы аналоги этих чувств в ее настоящем и в прошлом, что она хотела бы получить от их удовлетворения и т. д. В конечном итоге мы постепенно пришли к выводу, что это обсуждение действительно было чрезвычайно важным, а ее чувства относились, как и в большинстве других ситуаций переноса, «не совсем ко мне» или «совсем не ко мне». Одновременно с этим мы оба еще раз убедились, что для нас не существует запретных тем, и ценность этого «побочного» вывода трудно переоценить.

Второй смысл

Об этом столько написано у З. Фрейда и практически у всех его последователей, что можно было бы даже не упоминать эту тему, но автор хотел бы быть полезным и непсихоаналитической аудитории, а кроме того, опыт показывает, что краткие практические примеры бывают намного доходчивее, чем объемные теоретические выкладки. Как уже не раз повторялось: задача любого психотерапевта не просто слушать, а исследовать тот материал, который вербализует пациент. В некотором смысле главным для психотерапевта является не то, что говорит пациент, и даже не то, как он говорит, а почему

он говорит именно об этом. Начинающие психотерапевты не всегда обладают таким вторым слухом[1], который, естественно, формируется лишь по мере приобретения знаний и опыта. Еще больше знаний и опыта требуется для понимания того, в какой момент психотерапевт имеет право вступить в диалог и предложить пациенту — не интерпретации, как это обычно понимается, а результаты его многомесячных или даже многолетних исследований.

> Пример. Моя пациентка (тридцати двух лет) на протяжении десятков сессий очень подробно рассказывает о своей сестре и своих отношениях с ней, но о сестре говорит явно больше, чем о самой себе — и с какой-то особой нежностью и тревогой за ее успехи и неудачи, при этом неоднократно повторяет: «Я и в детстве очень любила сестру, и сейчас ее очень люблю» (такое настойчивое желание убедить меня в том, против чего я никак не возражаю, безусловно, настораживает). На одной из сессий пациентка не без оттенка гордости вспоминает: «Когда она родилась, мне было всего 6 лет, но я уже умела читать и писать, и мама даже как-то там договорилась, что меня отправили в пионерский лагерь, куда брали только школьников. А когда меня там оставили, я тут же написала маме письмо и попросила ее: “Мамочка, отдай все мои игрушки Аленке!”» Эксплуатация этой (навязанной еще в раннем детстве) мазохистической позиции в отношении сестры продолжалась, по сути, на протяжении всей юности и зрелой жизни пациентки, которая считала себя обязанной уступать, помогать и потакать сестре во всем, даже в ущерб свои собственным интересам.
>
> Лишь через некоторое время (нашими общими усилиями) пациентка смогла «перевести» упомянутую выше фразу 6-летней

[1] В современном психоанализе этот феномен иногда именуют «воспитание третьего уха».

девочки («Отдай все мои игрушки...») совсем по-другому: «Мамочка, почему же ты меня не любишь так, как младшую?» — и уже затем со слезами прорвалась десятилетия скрываемая под гиперболизированной любовью ненависть к сестре (вплоть до выражений: «Лучше бы ее никогда не было!»). Любовь и к сестре, и к матери осталась, но пациентка осознала границы своей личности и приобрела способность отстаивать свои интересы, которые далеко не всегда совпадали с интересами более тесно связанных между собой матери и младшей сестры.

Другой пример. Описывая свое детство, пациентка подчеркивает, что она с ранней юности ненавидела пьющего отца (в отличие от матери — «необразованного»), никогда не обращалась к нему с просьбами, старалась вообще с ним не общаться, терпеть не могла, когда он хотел ее обнять или приласкать, став взрослее — вообще запрещала ему заходить в ее комнату. Рассказывая о своей актуальной ситуации, сетует на то, что вначале с мужем все было хорошо. Муж — хотя и «работяга»[1] — заботливый, любит ее и детей, «все — в дом», пациентка удовлетворена сексом. Тем не менее в последнее время она, по ее словам, стала периодически «звереть» — набрасывается на мужа по любому поводу, если выпил где-то даже просто пива («не пьяный, а так — запах один»), закатывает ему истерики и выгоняет из дома («Иди к своим собутыльникам!»). В результате муж начал меньше бывать в семье и выпивать уже по-настоящему.

В процессе этого рассказа, что может показаться удивительным, но не для психоаналитика, пациентка (как и раньше, до прихода в терапию) не замечает, что мужа зовут так же, как отца, что у него та же профессия, и он, как и отец, в отличие от пациентки и ее матери — не имеет высшего образования, у

[1] Окончил только 9 классов средней школы.

него те же привычки... В итоге (опять же — нашими общими усилиями) пациентка через некоторое время приходит к выводу, что ее муж — почти полная копия отца, а единственное, чего ей не хватало для полной «идентификации» с инцестуозно окрашенным образом отца — не пил. В конце концов пациентка поняла и самостоятельно вербализовала: «Так это что же получается? Я его сама подталкивала к пьянству?» Для того, чтобы придти к такому выводу понадобилось два года, но что такое два года по сравнению со всей будущей жизнью в мире и согласии с собой, с отцом и с мужем?

Третий пример. Очень интеллигентная и хорошо образованная женщина, чуть больше сорока, рассказывает о своей матери, с далеко не лучшим характером, которая ко времени нашей работы была уже в достаточно солидном возрасте и жила отдельно в том же городе. Несмотря на упоминание о трудностях общения с матерью, пациентка рассказывает, что она очень любит мать и всегда о ней заботится, почти каждую неделю покупает в лучших магазинах продукты и «с этими сумками “тащится” к матери через весь город», а когда мать болеет, и чаще. При этом мать обычно все равно недовольна: или купила не то, или зачем столько много и т. д. Мой вопрос: «А почему бы вам не приехать к ней как-нибудь налегке, без всяких сумок?» — пациентка вначале просто не понимает — «Как это? Без ничего? — Я так не могу». Вопрос повторяется мной несколько раз в различных вариантах, и лишь после этого пациентка осознает, что «если приехать без ничего — это значит привезти матери только свою любовь», а она этого «точно не может»...

Опасность преподавания

Я читаю публичную лекцию в переполненной аудитории, и в ответ на один из вопросов решаю, что нужно дополнительно прокомментировать его случаем из практики. Подходящих случаев «всплывает» несколько, но я, естественно, отметаю все варианты актуальных случаев, то есть тех, которые еще длятся, и выбираю достаточно давний. Опуская все нюансы (возраст, профессия пациентки и т. д.), излагаю только суть психологической ситуации, где в том числе присутствует и такой момент, как заражение мужа пациентки сифилисом (у меня было три таких случая: в двух, включая тот, о котором шел рассказ, вина лежала на мужьях, а в актуальном случае — на моей пациентке). После этой лекции моя актуальная пациентка (которой, безусловно, не было в аудитории, иначе я бы вообще не стал вспоминать даже давний случай такого рода) больше ни разу не появилась в моем кабинете и не ответила ни на один мой телефонный звонок. Трудно даже представить мои переживания, чувство вины и сотни предположений, которые донимали меня с силой почти навязчивых идей. Только много позднее («окольными путями», через годы) мне стало известно, что на лекции присутствовала подруга моей пациентки, которая была посвящена в подробности ее семейной ситуации и нашей работы...

Аналогичность, а иногда и известный феномен «парных случаев» — могут создавать достаточно опасные ситуации для пациентов даже через много лет, ибо как бы мы не сокращали перечень сведений или даже как бы мы умышленно не искажали их, чтобы исключить вероятность опознания, нужно признать, что пациенты нередко узнают именно себя даже тогда, когда речь идет вообще о других людях. Встреча с таким пациентом, уже после того как ваши отношения вполне

удовлетворительно завершились, может оказаться далеко не радостной для обеих сторон. Таким образом, опасность существует не только для пациентов, но и для нас — утратить их доброе отношение. Этот риск присутствует и сейчас, когда я пытаюсь что-то обобщить для своих коллег, хотя за исключением одного-двух уникальных случаев[1] все остальные являются в некотором смысле «собирательными», но «мир тесен», и хотя типичных сюжетов у нас в десятки раз больше, чем в литературе, кто-то, о ком мной, возможно, даже не вспоминалось в этом изложении, наверняка опознает именно себя.

Невроз навязчивости

Эта группа пациентов в целом не такая уж благодатная «почва» для психоаналитической терапии, но поскольку некоторые пациенты, даже несмотря на рекомендации обратиться к бихевиоральному методу, который в ряде случаев (при этой форме психических расстройств) более надежен, настаивают именно на психоанализе, кратко остановимся на некоторых особенностях. Фрейд отмечал, что, с точки зрения теории влечений, при обсессиях происходит смещение аффекта на более или менее удаленные от первичного конфликта области отношений, с одновременными проявлениями амбивалентности, фиксации на анальной стадии (включая проявления эмоций), садомазохистическими тенденциями и чрезмерно строгим Сверх-я. Харольд Стерн также считает, что в основе большинства таких состояний лежат сексуальные проблемы, в связи с чем нужно прилагать особые усилия, чтобы побуждать пациентов обсуждать свою сексуальность и все ее про-

[1] На частичную публикацию этих материалов было получено согласие пациентов.

явления, что всегда представляет достаточно трудную задачу (для этой категории пациентов). В силу этого терапия всегда оказывается длительной, некоторые коллеги характеризуют ее даже как «изматывающую» и — с переменным успехом.

Агорафобия

Несколько слов об агорофобии. Упоминание о ней появляется здесь явно по ассоциации, так как и в этом случае поведенческая терапия относится к методу выбора. Доктор Стерн, подчеркивая, что описываемая в пособиях по психиатрии частота агорафобии (до 3% в популяции) и соотношение проявлений этого тревожно-фобического расстройства у мужчин и женщин (1:2) явно занижены, отметил (ссылаясь на собственные данные), что многие (до 70%) избавившиеся от этого страдания женщины уходили от своих мужей, а само страдание, таким образом, с одной стороны — было способом снискать их внимание и сочувствие, а с другой — косвенно отражало отсутствие любви к мужу и сексуального удовлетворения (скорее — психологического, чем физического), а также страх перед статусом незамужней (самостоятельной) женщины. Мой личный опыт работы с таким пациентами невелик, но есть некоторые основания согласиться с доводами Харольда Стерна, так как у двух моих пациенток все симптомы этого страдания прекращались, как только они покидали семейный очаг и мужа (буквально в момент «последнего прощай» и отправления поезда).

Работать с такими пациентами можно, но еще раз повторю — очень непросто. Что еще важно отметить: когда мы работаем с такими пациентами, мы все равно ведем прием в нашем офисе, не поддаваясь на уговоры пациентов и их родных, а также предложения двойной или тройной оплаты за выезд к

пациентам (мотивированные тем, что они не способны самостоятельно передвигаться по городу). Действуя таким образом, мы опять же — исходим из интересов пациента, вынужденного расширять диапазон своих перемещений и реально демонстрировать свою мотивацию к выздоровлению, а также — из интересов соблюдения терапевтических принципов и границ (как самостоятельных терапевтических факторов).

Любимая сказка детства

Впервые об использовании такого подхода мне рассказал немецкий аналитик профессор Ханс Диккман — автор так и не прочитанной мной книги «Любимая сказка детства» (я не знаю немецкого), который в начале девяностых гостил у меня со своей женой Ютой[1]. В то время для меня это было абсолютно новым знанием. Естественно, что с тех пор новая генерация российских аналитиков прошла большой путь, и сейчас уже неуместно писать о любительницах «Золушки», все еще ожидающих то волшебных фей, то сказочных принцев. — Это стало обыденным знанием далеко за пределами профессиональных психоаналитических кругов. Моя первая «сказка» будет о «Снежной королеве»[2].

---

[1] Отдельного упоминания заслуживает их необыкновенно доброжелательное отношение к нам — русским, особенно если учитывать, что будущие супруги Диккман были врачами в немецкой армии и затем несколько лет провели в заключении в советском лагере для военнопленных. Природу такого взаимопонимания двух некогда сошедшихся в непримиримой схватке народов мне позднее пояснил уже упомянутый профессор Гельмут Томэ: «Не надейся, что вас (российских психоаналитиков новой волны. — *М. Р.*) быстро признают в мире. Вас, как и нас, немцев, слишком долго не любили и боялись. Признание немецких психоаналитиков в качестве коллег появилось только через 20 лет после войны. У вас на это может уйти даже больше времени — Гитлер просуществовал всего 12 лет, а коммунизм — целых 70. Не надейтесь на Запад и не ждите. Главное — делайте свое дело и идите своим путем».

[2] «Сказка» Ханса Диккмана была о «Русалочке», точнее — о девушке, у которой невротическая немота периодически сменялась таким же «параличом» обеих ног (без каких-либо признаков органического поражения нервной системы и проводящих путей).

Мы никогда точно не знаем — почему одни сценарии и сюжеты из мифов, сказаний и сказок раннего детства оказываются почти фатально связаны с формой того или иного психического расстройства[1], а другие проходят совершенно незамеченными. Вне сомнения, здесь важен не только фактор многократного (даже тысячекратного) рассказа или перечитывания «любимой сказки детства» — обязательно должен присутствовать и некий аффективный компонент. Но обычно это относится к возрасту, о котором наши пациенты ничего не помнят или имеют лишь отрывочные воспоминания.

После встречи с Хансом Диккманом я почти всех пациентов спрашивал о любимых сказках. Вариантов было множество, но далеко не всегда они оказывались имплицированными в сюжет невроза. Приведу здесь два не слишком типичных примера (образы «Золушек», как уже было сказано, большинству терапевтов хорошо знакомы, поэтому остановимся на более редких вариантах).

Первый пример. Поскольку пациентка, чрезвычайно обаятельная и интеллигентная женщина около 40, не проявляла желания говорить на первых сессиях, мне приходилось постоянно «стимулировать» ее вербальную активность, задавая множество простых и уточняющих вопросов. Среди них был и вопрос о любимой сказке детства, на который пациентка вначале ответила, что никогда об этом не думала, а после некоторого размышления сказала: «Скорее всего, “Снежная королева”». Поинтересовавшись — имеет ли это какое-то значение, и получив мой ответ: «Пока не знаю», — пациентка продолжила беседу, и к сюжету этой сказки мы потом долго не возвращались.

Через несколько сессий, на протяжении которых обсуждался преимущественно астено-депрессивный фон и мно-

---

[1] В этом и состояла суть идеи Ханса Диккмана, а именно, что многие неврозы развиваются по сценарию любимых сказок детства.

жество соматических проявлений в физическом состоянии пациентки, она рассказывает, что уже 8 лет живет в гражданском браке с мужчиной намного моложе ее, которого она (по ее же словам) «отбила» у своей более молодой подруги, когда между влюбленными «случился разлад». Молодой человек (творческая личность) нравился ей давно, и она (состоятельная бизнес-леди) сделала все, чтобы окружить его заботой, вниманием, предоставила ему возможность заниматься любимым делом, выполняла все его сексуальные прихоти и капризы и т. д. Она надеялась, что он ее полюбит, но этого так и не произошло. Их отношения становились все прохладнее. Весьма характерно, как пациентка описывала эту ситуацию: «Мы столько труда вложили в наше “гнездышко”, а сейчас там все покрыто инеем, холод идет даже от камина, который я восстановила специально для него...». Это предельно краткий пересказ примерно 15 сессий.

Когда я замечаю, что мне этот сюжет что-то напоминает. Пациентка соглашается: «Да, прямо как в сказке какой-то страшной». Я переспрашиваю: «Вы не помните — в какой?» — «Нет, не вспомню, но что-то знакомое...». В некоторой задумчивости я предлагаю пациентке вариант: «Может быть, “Снежная королева”? Есть какие-нибудь идеи или идентификации?» В ответе пациентки было неподдельное удивление: «Я — Герда?» Инсайт все-таки состоялся, и судьба обеих королев была оплакана, но лишь после того, как я спросил: «А что, в этой сказке только один женский персонаж?»[1].

[1] В последующем, в связи с повторными обсуждениями на сессиях этой же сказки, в том числе — с другими пациентами, мне не раз приходилось ее перечитывать, что в конечном итоге привело меня к выводу, что одним из главных героев сказки является добрая бабушка (различные варианты которой — кажется, около семи — присутствуют на протяжении всего изложения).

Другой пример был для меня даже более удивительным, а ситуация — абсолютно противоположная: о сказке мне удалось спросить в самом конце последней из нескольких встреч, фактически — исключительно с целью проверки идеи Х. Дикмана, которая (в этом случае) еще раз подтвердилась.

Пациентка с первой минуты встречи начинает лихорадочно говорить о том, почему она обратилась именно ко мне, словно опасаясь, что ее перебьют и не позволят высказаться. В неком варианте телеграфного стиля, перескакивая с одного на другое, она все той же скороговоркой сообщает, что не слишком ладила с родителями и, не объясняя им причин, сразу после окончания школы уехала от них в Ленинград, затем быстро вышла замуж, но так же быстро ушла от первого мужа, точно так же — и от второго, потом «подалась» вначале на стройки «пятилетки» в Сибирь, а затем — на Север. Снова вышла замуж и снова рассталась. Сейчас вернулась в Ленинград, устроилась на работу, но уже уволилась, и сейчас ищет другое место. Единственное, от кого она не может уйти, это ее сын от третьего брака с патологией развития... Любимым персонажем сказок (вопрос о котором поверг пациентку в изумление своей неуместностью), как читатель уже догадался, оказался «Колобок», а в терапии пациентка также «не задержалась».

Повторю еще раз, что сюжеты сказок далеко не всегда оказываются имплицированными в актуальный невроз, но иногда нелишне поинтересоваться и этим аспектом раннего детства пациента.

Семейная тайна

Мы никогда не знаем, на что мы «наткнемся» в наших «археологических раскопках» далекого прошлого пациентов,

но еще труднее бывает сопоставить те или иные «обугленные» осколки с сиянием настоящего (иногда мрачным сиянием, но от этого не менее ярким). Поясню этот тезис на конкретном примере.

Пациент, в то время преуспевающий и широко известный молодой бизнесмен, обратился с довольно необычной проблемой: он имеет нетрадиционную сексуальную ориентацию, но не уверен в своей гомосексуальной идентификации. Это был высокий, стройный, интеллигентный и очень интересный мужчина не более тридцати, со вкусом одетый и, еще одно маленькое примечание, — с необыкновенно мелодичным, высоким, но — вне сомнения — мужским, слегка вибрирующим голосом (такой узнаешь из тысячи).

Через некоторое время, в процессе одной из сессий, пациент сообщает о неком юбилее супружеской жизни родителей, но этот срок явно меньше, чем возраст пациента. Я задаю, казалось бы, совершенно невинный вопрос: «То есть, ранее они жили в гражданском браке?» И вдруг пациент отвечает: «Вот тут-то собака и зарыта!» — и тут же продолжает: «По их легенде они поженились в 1964, а я родился в 1965. Но эта сука (так он иногда именовал мать[1]) видимо специально сделала так, чтобы я наткнулся на свидетельство о браке, которое говорило о том, что еще в 1966 году она была замужем совсем за другим человеком, а не за этим слизняком». Во всех своих неудачах, которые случались в его жизни, пациент (правда,

[1] Должен сказать, что в некоторых российских семьях до настоящего времени, как применительно к успехам, так и в случае порицания, по отношению к детям используется выражение: «Вот сукин сын!» — в связи с чем другая моя пациентка систематически фантазировала на тему: «Если я сукина дочь, то моя мать — это уж точно — сука!» При этом не всегда это определение носило оттенок негативизма, а скорее, являлось некой констатацией, в том числе в семьях, которые трудно было бы отнести к категории маргинальных. Возможно, здесь сказывается и широко известное литературное: «Ай да Пушкин! Ай да сукин сын!».

преимущественно, косвенно) винит отца, которого с оттенком некоторой иронии и даже презрения называет «таким же гомиком», как и он сам (отец — обычный гетеросексуал, а себя «гомиком» пациент никогда не называл). При этом, хотя пациент вполне спокойно упоминает его как «отца» — «за кадром» периодически чувствуется невербализуемое: «Это не мой отец!».

Через несколько сессий у пациента всплывает смутное воспоминание о том, как он («еще очень маленький») лежит в детской кроватке в спальне родителей, а отец подходит и предлагает ему свой пенис вместо соски. Пациент добавляет: «Возможно, это была и шутка, но разве родной отец мог бы так сделать?!». Достоверность этого воспоминания представляется мне не слишком надежной, а учитывая то, что его аффективный заряд был уже выплеснут, мной предпринимается достаточно пространный экскурс в теорию психоанализа и детских фантазий (пациент имеет прекрасное образование, и это создает множество преимуществ для анализа). Но пациент не принимает этого варианта косвенной интерпретации и в конце заинтересованного обсуждения теоретических вопросов говорит мне: «Дорогой М. М., вам не удалось оправдать этого ублюдка».

Проходит еще несколько сессий в обсуждении самых различных тем, включая нравственные страдания Гете[1], но все эти темы не были отвлеченными — скорее они имели

---

[1] Общение с этим пациентом было по-человечески необыкновенно приятным. Он был энциклопедически образован и цитировал на память множество отрывков изящной литературы, в том числе, например, давал характеристику наших отношений в такой форме:

Меня упрек ваш, к счастью, миновал.
В расчете на столярный матерьял
Вы подходящий инструмент берете.
Задумались ли вы в своей работе,
Кому предназначается ваш труд?
(Гете, Фауст).

непосредственное отношение к тем поискам истины и себя, которое достаточно отважно предпринимал мой пациент.

В процессе нашей работы пациент как-то заболел — обычная простуда. Мне это передает мой секретарь и параллельно сообщает, что пациент сказал, что как только он поправится, мы сразу возобновим наши встречи. Проходит около десяти дней, а пациент все не появляется. В таких случаях, конечно, нужно позвонить и поинтересоваться: насколько серьезно заболевание и как себя чувствует пациент (нам всегда нужно стремиться быть «очень хорошей матерью», в отличие от тех, которые не смогли быть хотя бы «достаточно хорошими» в детстве наших пациентов).

Звоню пациенту домой и слышу в трубке его, как уже отмечалось — очень своеобразный голос, который трудно спутать с чьим-либо другим. Обращаюсь к пациенту по имени, но оказывается, что у телефона его отец. Моя ошибка одновременно становится моим открытием: мне известно, что есть некоторые физические признаки, которые нельзя сформировать на основе подражания — они только наследуются. Но свое открытие я пока оставляю при себе.

Через некоторое время пациент по какому-то поводу (кажется — очередного рекорда творческого долголетия) упоминает на сессии Сергея Михалкова и его сына Никиту, говорит о наследственности таланта и вообще о наследственности. Мне тут же приходит на ум мое тайное (все еще хранимое в секрете) открытие, и я «подхватываю» его рассуждения, кратко рассказываю пациенту о работах Фрэнсиса Гальтона, некоторых признаках, которые проявляются в нескольких поколениях, даже если предки и потомки никогда не встречались, упоминая в том числе и тембр голоса, и тут же добавляю: «Кстати, когда я вам звонил, я немного поговорил с вашим отцом, как с вами — спутал голоса, они у вас абсолютно иден-

тичные». Пациент привстал на кушетке, что он обычно делал в особо важные моменты, и, повернувшись ко мне, спросил: «Вы серьезно?». — «Абсолютно». — «Я проверю». В этот день мы больше не возвращались к этой теме, а через некоторое время он сам мне рассказал, что «устроил своим “старикам” допрос с пристрастием и предъявлением документов». Оказалось, что он таки биологический сын своего отца: просто мать никак не могла отыскать бывшего мужа, с которым они давно разъехались, и много лет прожила с его отцом и уже имела от него ребенка, не имея возможности развестись. К его инфантильному воспоминанию или фантазии о пенисе отца пациент больше не обращался. Можно предположить, что образ отца перестал быть отторгаемым, а пациент, наконец, получил некоторую запоздалую возможность для его интериоризации и идентификации.

Чтобы не возвращаться к этому случаю, приведу еще две ситуации из работы с этим пациентом. Одна из них связана с моей ошибкой, а вторая — с моим инсайтом.

Начну с еще одного инсайта. Однажды моего пациента арестовали по обвинению в развращении несовершеннолетнего. Я не сильно вникал в шумную кампанию и обстоятельства этого дела, так как моя работа (как и любого психотерапевта) не предполагала «чистоты следствия», точности фактов или прокурорской строгости (мы работаем с тем материалом, который приносит пациент, даже если он полностью вымышлен). Но, вероятно, дело было сфабрикованным, так как заключение в тюрьме оказалось не таким уж долгим — только на период следствия. На мысли о заказном характере этого дела наводило и то, что арест был обставлен в лучших традициях Голливуда: все происходило непосредственно в офисе фирмы моего пациента, где на него в присутствии сотрудников и помощников были надеты наручники под сверкание вспышек фотокамер и

запись видеосюжета, который тут же неоднократно показали по телевидению.

Находясь в тюрьме, мой пациент вступил в законный брак со своей секретаршей, о чем сообщил ряд газет. Позднее пациент рассказал, что это было идеей его адвоката, причины которой вполне понятны. Эта «хитрость» полностью совпадала с «навязчивой идеей» матери пациента, которая настойчиво требовала, чтобы он женился, периодически знакомила его и даже отправляла на совместный отдых с подходящими (по ее мнению) для брака девушками. Пациент принимал эти просьбы с пониманием (хотя можно сказать, что отчасти это было связано с его подчинением власти матери и страхом перед ее могуществом, который проецировался на женщин в целом), но, по его словам, «если бы я мог “вставить” хотя бы одной женщине, я бы, конечно, тут же женился»[1].

Брак с секретаршей был фиктивным (она была в курсе нетрадиционной сексуальной ориентации моего клиента, но ей, как он пояснил, «было все равно за кого — лишь бы замуж»). Через некоторое время пациент, все еще находясь в заключении, решил развестись с «новобрачной», а затем у него появилась идея сменить пол. Позднее мы уже вместе искренне иронизировали над моим замечанием — какой информационный повод он предоставил бы «желтой прессе»:

[1] Психоаналитики хорошо знают: о чем бы не говорил пациент, он всегда говорит о себе, и здесь уместно привести еще один сюжет из этого случая. Как раз после сказанного о том, что «если бы он мог кому-то “вставить”», пациент неожиданно останавливается и спрашивает: «Вам не надоели мои россказни?» — «Что именно?» — уточняю я. — «Мне уже самому надоели эти разговоры о сексе». — «Хотите сменить тему?» — «Да, давайте о чем-нибудь другом» — «О чем?» — «Например, о бильярде». — «Почему нет?» — «Вы играете в бильярд?» — «Я знаю эту игру». — «Никогда точно не отвечаете, я знаю — это ваши правила. А я играю. Раньше играл в русский, но это очень утомительно. А сейчас — в американский пул — там такие лузы, “ширнул” и “в дамках”». Здесь пациент начинает смеяться и сам комментирует: «Я опять все о том же...».

«Известный бизнесмен Х. женится, разводится и меняет пол, не покидая тюрьмы!»

Идея смены пола обсуждалась нами достаточно долго. Точнее — обсуждал он, а я просил предоставить мне убедительные доводы этого решения и большей частью молчал. Внутренне, я, конечно, был против этого, но вовсе не из своих гетеросексуальных представлений. У меня уже имелся некоторый опыт общения с теми, кто реализовал такое решение, и далеко не во всех случаях это было успешным «проектом» на пути к счастью[1], а с другой стороны — у меня, как и у моего пациента, оставались большие сомнения в его гомосексуальной идентификации (и я неоднократно напоминал ему этот им же самим сформулированный тезис и интересовался, каково состояние этих сомнений сейчас).

Во время длительного обсуждения проблемы смены пола, где мне принадлежала роль «предельно тупого аналитика» (и это было недалеко от истины, так как все, о чем говорил пациент, мне, как обычному гетеросексуалу, было абсолютно незнакомо), однажды, доведенной до отчаяния моей тупостью, пациент чрезвычайно эмоционально сказал: «Ну, как вы не понимаете: совершенно не важно — есть у бабы сиськи или нет, есть у мужика член или нет — это не имеет никакого значения! Пол — это совсем другое!!!» На фоне моего предшествующего (многочасового) молчания следующая фраза оказалась некой недостающей нотой, вписанной как раз там, где нужно, в конкретную партитуру. У меня почти невольно вырвался не заготовленный вопрос: «Значит, это неважно — есть у вас член или нет? А зачем тогда его отре-

[1] Это признавалось и самими транссексуалами, которые уже подверглись подобным операциям. В свое время широко известный в психиатрическом сообществе пациент Миша (до 13 лет — Маша) не так давно обратился ко мне с просьбой о моральной поддержке, в частности, противодействия желанию сменить пол на мужской его нынешней жене.

зать?» Пациент искренне засмеялся и, как мне показалось, с некоторым облегчением подтвердил: «Вот вы меня и поймали... А действительно — зачем?» Вопрос со сменой пола больше не поднимался. Таким образом, мы можем сделать заключение, что та эмоциональность, которая сопровождала попытки пациента убедить меня, одновременно отражала и его внутреннюю (неосознаваемую) неуверенность в обоснованности (а может быть, наоборот — внутренней уверенности в ошибочности) такого решения.

Завершая первую часть рассказа об этом очень поучительном (по крайней мере — для меня) случае, хотел бы сказать, что такой неопределенный психический феномен, как интуиция, конечно, следовало бы отнести к бессознательному, и тогда уместно говорить не только о профессиональной интуиции, но и о профессиональном бессознательном. А также сделать еще один вывод: нужно постоянно прислушиваться и научиться доверять своему профессиональному бессознательному, которое, сделаем такое допущение — каким-то образом взаимодействует с бессознательным пациента.

А теперь еще об одной моей ошибке. Мной уже упоминались непростые отношения пациента с властной и отчасти склонной к мужененавистничеству матери, которая к тому же настойчиво пыталась его сделать «нормальным» и женить. У меня не было такой «сверхзадачи», так же как и никаких мыслей о его извращенности: пациент пришел с конкретной проблемой и мы ее решали — по мере его и моих сил. Тем не менее мой гетеросексуальный контрперенос все-таки присутствовал.

Однажды пациент пришел в приподнятом настроении, что, в общем-то, было достаточно обычным. Он с удовольствием улегся на кушетку, и пока я устраивался в моем кресле, настраиваясь на слушание, и фиксировал дату на-

шей встречи в своей тетради, пациент произнес: «А я влюбился!» — Эта фраза не привлекла особого внимания — он неоднократно влюблялся и ранее, преимущественно в молодых мужчин. Но далее пациент добавил: «Вы не поняли! Я влюбился в девушку!» И здесь моя занятость «чистописанием» и мой контрперенос сыграли крайне негативную роль. Продолжая что-то писать, я машинально ответил: «Я рад за вас», — тут же уподобившись «этой суке», которая желала этого на протяжении многих лет, и вычеркнув себя из числа тех, на чье понимание он рассчитывал. Мало приятного описывать эту ситуацию. Хотя со временем нам удалось восстановить наши терапевтические отношения, но, как мне кажется, они уже никогда не были с его стороны такими же доверительными. Адекватным вариантом моего вопроса мог бы быть: «А что это значит для вас?» — или что-то в этом роде, но он не был задан своевременно, а после «машинально» сказанного уже не имел того значения. В последующем пациент сошелся с женщиной, отношения с которой были весьма далеки от идеала. Должен сказать, что, потеряв многое из достигнутого к 30 годам, он оказался очень мужественным человеком, и я по-прежнему питаю к нему огромное уважение.

Мы так долго задержались на этом примере, чтобы еще раз продемонстрировать: в нашей профессии слово — это тончайший скальпель, который нужно крепко держать «в руке» с первой до последней секунды каждой сессии, постоянно сверяя каждое свое движение со всем багажом знаний об «анатомии и физиологии» психики, которые нам дает психоанализ. То, что мы работаем с помощью речи, которой владеет каждый взрослый и даже ребенок, побуждает многих претендовать на высокое звание психотерапевта. — Опасное заблуждение.

Язык пациента

Некоторых специалистов раздражает или даже вызывает возмущение, когда пациенты прибегают к неформальной лексике. Это абсолютно нормальная реакция культурного человека. Но к терапии это неприменимо. Культурный человек также вряд ли проявит искренний интерес к чьим-то испражнениям, а специалист в области гастроэнтерологии или инфекционных болезней обязательно исследует кал своего пациента, в том числе, если он действительно опытный специалист — органолептически, то есть: по внешнему виду и запаху, визуальному наличию крови или слизи и т. д. Точно так же нам целесообразно относиться к вербальному материалу пациента, в котором может присутствовать все что угодно, и это все нужно не оценивать в тех или иных терминах культуры или нравственности, а исследовать, при этом — не пытаясь стать выше или деликатнее пациента. Наше отношение к пациенту определяется не уровнем его образования и культуры, а исходно обусловливается степенью его страдания и потребностью в помощи.

Принятие такой позиции не всегда дается легко, но к этому также нужно быть готовым. Мне также не всегда это удавалось и приходило постепенно, вместе с опытом. Например, одна из моих весьма интеллигентных пациенток, несмотря на склонность к духовному (точнее будет сказать — платоническому) и реальному промискуитету, с большим трудом подыскивала слова для описания своих сексуальных предпочтений и с невероятными усилиями осваивала даже, казалось бы, такой безобидный термин современного молодежного лексикона, как «трахаться». Но однажды, описывая свою сексуальную жизнь, она несколько раз начинала и никак не могла закончить фразу, а после солидной паузы «выдохнула»:

«Короче, меня круто вые...!» Моя растерянность от несоответствия ее внешнего облика, образования, внутренней культуры и этой фразы длилась менее секунды и, к моему счастью, прошла совершенно незамеченной для пациентки, а вопрос был достаточно адекватным: «Насколько я понял, здесь есть какое-то существенное отличие от “трахнули”?» — тем самым демонстрировалось, что новый «термин» принят, а исследование проблемы продолжается.

Подчеркну еще раз: мы сами не прибегаем к такого рода выражениям и терминологии, но мы всегда принимаем ее от пациента и стараемся говорить на его языке; одновременно с этим никогда не будет лишним самостоятельное исследование того, какую функцию выполняет инвективная лексика нашего клиента.

О заявлениях и требованиях терапевта

Никогда нельзя (уподобляясь малопригодному к деятельности в психиатрическом отделении санитару или армейскому сержанту) предъявлять пациенту требования, типа: «Вы должны лечь на кушетку», «Нет, головой не в эту сторону», «Вы должны приходить ко мне 4 раза в неделю всегда в одно и то же время», «Вы должны платить мне в конце каждой сессии» и т. п. Мы уже, кажется, обсуждали это, но вернемся еще раз.

В принципе, это нормальные или почти нормальные требования, но все эти проблемы должны ставиться и решаться на основе кооперативных отношений с пациентом, а предложение обсудить их всегда формулируется в сослагательном наклонении, оставляя возможность выбора и право решения за пациентом. И тогда те же фразы приобретают качественно иную форму: «Как вы смотрите на то, чтобы лечь на кушет-

ку?» Далеко не все пациенты соглашаются сразу — не так то просто оказаться в беззащитной позе в присутствии другого (пока еще) незнакомого человека, а для тех, кто страдает посттравматическим стрессовым расстройством с выраженным синдромом «страха нападения сзади», это может быть и вообще невыносимым. Поэтому если пациент говорит: «Нет» — или — «Я не хотел бы (или — не готов)», — с ним, безусловно, следует согласиться, одновременно заручившись его согласием вернуться к обсуждению этого вопроса через несколько сессий. Специалисты знают, что использование кушетки имеет веские физиологические и психологические основания, но пациент вовсе не обязан знать этого (поэтому со временем можно отдельно прояснить этот вопрос). Об этом, кажется также, уже упоминалось, но повторю еще раз: когда пациент впервые занял положение на кушетке или в кресле напротив вас, всегда уместно поинтересоваться: удобно ли ему, не попадает ли ему в глаза свет от лампы терапевта, не нужен ли ему плед, достаточно ли ему одной подушки и т. д.

Мы должны постоянно демонстрировать пациентам свои лучшие (материнские) качества. Почему все-таки материнская роль, а не отцовская (которая была, например, гораздо ближе З. Фрейду)? Терапевтический опыт показывает и одновременно позволяет сформулировать гипотезу, что почти все мужчины женятся на «мамах» («реальных», аналогичных, избираемых от противного или воображаемых) и почти все женщины выходят замуж за «мам» — всем хочется именно той безраздельной близости и (даже физического) слияния со значимым объектом, частью которого он или она когда-то были, поэтому и психоаналитику приходится чаще принимать материнскую роль. Возможно, кому-то из коллег-психоаналитиков такое объяснение покажется чрезмерно упрощенным, но моя практика показывает, что оно — работает.

Требования заботы со стороны пациента

Если пациент, независимо от того, что плед лежит на расстоянии вытянутой руки от него, просит вас: «Укройте меня», — лучше не спешить реагировать, а задать вопрос, например: «Вы просите меня, чтобы убедиться, что я действительно готов заботиться о вас, или опасаетесь, что я вам не позволю взять плед самому (он рядом с вами, конечно, берите)?» Варианты ответа и реакций пациента могут быть самыми различными, но к любому из них будет уместен следующий вопрос терапевта: «В чем еще вы хотели бы убедиться?».

Вернемся еще раз к уже упомянутому выше примеру. Пациентка говорит: «Вы вроде бы такой интеллигентный человек... Почему Вы мне никогда не подадите мне пальто?» Опять же — не стоит спешить и вскакивать с кресла, как вы сделали бы для вашего близкого друга, знакомой или знакомого, — мы постоянно говорим об отличии обычных и терапевтических отношений, и в рамках последних — многое не позволено. В такой ситуации более уместным будет вопрос-утверждение: «Я не знал, что Вы этого хотите. Вы никогда не говорили мне об этом». Поскольку такая ситуация скорее всего может возникнуть в конце сессии, целесообразно добавить: «Если вы не против, мы обсудим эту ситуацию на следующей сессии».

За каждым сознательным вопросом или предложением пациента всегда есть бессознательное желание или мотив, и прежде чем на них реагировать (в отличие от того, как это происходит в обыденной жизни), в терапии — вначале всегда нужно исследовать, и прежде всего с точки зрения влечений, переноса и сопротивления. Даже если пациентка говорит: «Да нет, нечего обсуждать, мне просто интересно». Естественно, мы не можем позволить ей спрятаться за этим сопротивлени-

ем и продолжаем: «Что интересно?» и т. д. Каждый раз, когда мы анализируем сопротивление (не интерпретируем, как это делают многие, а исследуем — совместно с пациентом), мы укрепляем его Эго.

Пациент просит гарантий

Нередко уже при первой встрече пациент спрашивает: «Скажите, вы гарантируете, что я буду здоров (решу свою проблему, смогу восстановить ту или иную социальную или физиологическую функцию, отношения)?»

В ответ целесообразно также спросить: «Вы просите гарантий, а готовы ли вы дать мне гарантии?» Обычно пациент задает какой-то краткий уточняющий вопрос: «Какие?» — или — «В чем они заключаются?». Однако наш ответ всегда в этом случае должен быть достаточно подробным с пространными объяснениями, которые уже частично приводились в этой книге, при описании первого контакта и заключения терапевтического контракта (что он будет приходить и уходить вовремя; говорить на протяжении всей сессии, при этом — все, что ему приходит в голову; что он ни с кем не будет обсуждать содержание сессий; а в процессе наших встреч не будет скрывать и сдерживать своих чувств и научится слышать их в себе, понимать психологическую природу своих проблем и свою ответственность за их возникновение и способ разрешения, и т. д., и т. п.).

Но вернемся к вопросу: готов ли дать гарантии пациент? Обычно на этот (наш) вопрос у пациента нет однозначного ответа, и на некоторое время «проблема гарантий» отпадает. Проблема гарантий чаще всего появляется в начале терапии, а мы действительно не можем их дать, не зная пациента и всех его проблем.

Обсуждение темы гарантий нередко возобновляется, особенно у обсессивных и (у их разновидности) компульсивных пациентов, склонных к «застреванию» и ритуалам, которые сами наименее способны к тому, чтобы давать какие-либо гарантии. Но при повторном возникновении этого вопроса мы исходим уже из того, что мы знаем о пациенте и тех терапевтических отношениях, которые между нами сложились или складываются[1].

В некоторых ситуациях, когда у терапевта уже достаточно материала, чтобы ответить на вопрос о гарантиях более «конкретно», целесообразно спросить пациента: «А вы поверите, если я вам дам гарантии?». Пациент в большинстве случаев ответит: «Да». И тогда (безусловно, с учетом материала пациента) уместно задать следующий (кажется, уже также упомянутый ранее) вопрос: «Почему вы хотите доверять мне, если никогда не доверяли своим самым близким людям и даже самому себе?» Пациент в таких ситуациях обычно в той или иной мере склонен возражать, но здесь не случайно было сказано «с учетом материала пациента», к которому мы можем апеллировать (не столько для подтверждения своей правоты, сколько для конфронтации пациента с его же собственными высказываниями, побуждая его тем самым к размышлениям о своих чувствах, восприятиях и отношениях).

Еще один вариант обсуждения гарантий. Пациент интересуется: «Может ли он надеяться (или быть уверенным), что уже согласованная оплата сессий не будет повышаться?» — Это также абсолютно естественный вопрос и, как уже отмечалось, в этой ситуации целесообразно дополнительно обсудить, на какой период времени устанавливается тот или

[1] Даже на супервизии, когда терапевт просит помочь с пониманием переноса, также далеко не всегда уместно давать коллеге страстно желаемых интерпретаций, а попросить его самого исследовать свои отношения с пациентом — ведь это их, а не мои отношения, мне они известны только понаслышке.

иной уровень оплаты, после чего возможно его повторное обсуждение. Но иногда пациента это не вполне удовлетворяет, и он вновь возвращается к этому вопросу (параллельно предоставляя нам предварительные сведения о его анальном характере[1]). В этом случае уместно уточнить у пациента, что он имеет в виду. Например, один мой пациент отвечает: «Ну, если рубль еще раз упадет... (*конец фразы опущен, но явно, что имеется в виду — вы не поднимете цену*)?» Далее приведу краткий диалог в «чистом» виде:

Т.: Если ваша зарплата не изменится — нет.

П.: А как вы узнаете?

Т.: От вас.

П.: А если я скрою?

Т.: Вы хотите убедить меня в своей непорядочности[2]?

П.: Да нет, это я так... Ну, а все-таки?

После этого вновь можно вернуться к обсуждению вопроса или подтвердить уже принятое решение о том сроке, на который был согласован определенный уровень оплаты. Но здесь, с учетом того, что говорил пациент, открывается еще одна возможность для развития ваших терапевтических отношений и укрепления взаимного доверия. Вы можете сказать пациенту, что не сомневаетесь, что он будет искренне информировать вас о том, как терапия сказывается на его переживаниях, отношениях, эмоциональном состоянии,

---

[1] Термин не вполне удачный, так как звучит несколько уничижительно, поэтому если даже пациенту знакомо это понятие и он сам с некоторой иронией использует его для своей характеристики, целесообразно подчеркнуть позитивные стороны этого комплекса: бережливость, аккуратность, чистоплотность, упорство в достижении целей и т. д.

[2] Здесь, как и в одной из предшествующих ситуаций, безусловно, присутствует мое «нападающее Сверх-я», но оно — опять же — вводится в диалог осознанно.

карьере и т. д., и если эти показатели, включая материальное состояние, улучшатся, вы будете готовы обсудить повышение вашего гонорара даже раньше установленного срока (подчеркнув еще раз — на основании взаимного дополнительного обсуждения).

Всегда ли наши пациенты честны с нами? Нет, не всегда. И если пациент, ссылаясь на некие материальные проблемы, просит отсрочить уже согласованное ранее повышение оплаты, а перед этим или параллельно рассказывает о том, что недавно купил дом или BMW, это также должно обсуждаться[1], иначе ваши терапевтические отношения могут стать столь же двусмысленными, как и большинство других в его обыденной жизни, а все, что он уже приобрел или сможет приобрести в терапии, будет заведомо обесценено.

О сновидениях

Наши пациенты обычно наслышаны о том, что психоаналитики интерпретируют сновидения. Поэтому некоторые из них склонны, начиная уже с первых сессий, приносить и предлагать их для интерпретации. На начальном этапе терапии этого, конечно же, делать нельзя (даже несмотря на то, что существуют якобы вполне «научные» справочники по символам сновидений). В этом случае психоаналитик уподобляется некой гадалке или прорицателю.

Более целесообразно прочитать пациенту маленькую «лекцию» о психоанализе и открытиях З. Фрейда, в частности, что сновидение является отражением индивидуальной истории спящего (сновидца), о которой мы пока ничего не знаем или знаем, но очень поверхностно; что оно отражает

[1] Может быть, даже с некоторой степенью навязчивости, подчеркну еще раз: все нужно обсуждать и исследовать, а не уличать пациента во лжи или неискренности.

специфику его проблем, комплексов и влечений, которые мы только начинаем исследовать; а также упомянуть, что сновидение всегда связано с его актуальным физическим и психическим состоянием, а также предшествующей сну эмоциональной ситуацией. Терапевт всего этого пока не знает (а может, и никогда не узнает все), но пациенту известно гораздо больше, поэтому: «Почему бы ему самому не попытаться исследовать образы сновидения?».

Как известно моим коллегам, мной весьма ограниченно используются интерпретации, которые в большинстве случаев предоставляются пациенту. В равной степени это относится и к сновидениям. Но сновидение в любом случае нужно записать (со слов пациента), при этом помня, что увиденное сновидение, записанное пациентом сразу по пробуждению, и рассказанное сновидение — это могут быть три совершенно разных сюжета[1]. Однако для нас это не так уж важно — сновидение или то, как оно подается пациентом — это действительно «королевский путь в бессознательное». После изложения сюжета сновидения можно предложить пациенту дополнительно рассказать о событиях 2–3 предшествующих дней, а затем, разбив уже записанное сновидение пациента на отдельные образы и сцены, попросить его же дать ассоциации к каждому отдельному «отрезку». А вот сопоставление

[1] То же самое относится и к изложению любых событий из жизни пациента, вербализуемое содержание которых всегда, так или иначе, «нагружено» переносом. Поясню это примером из обыденной жизни: в период отдыха у вас случился платонический или не совсем платонический роман, которому сопутствовала масса незабываемых событий. Сюжет этого романа вам однозначно известен. Но, желая поделиться своими воспоминаниями об отпуске, вы расскажете совершенно различные истории, в зависимости от того, с кем говорите: с вашим супругом или супругой, с вашим другом или подругой, с мамой или с вашим ребенком. Поэтому в процессе терапии мы работаем не с объективной реальностью, а с психической реальностью пациента, которая лишь отчасти отражает первую, но никогда ей не соответствует полностью. Поэтому же мы исследуем не столько события (как это делают следователи), а отношение к ним.

подобия и «несопоставимого» в тех или иных сюжетах с состоянием, актуальными проблемами, комплексами и влечения пациента, его переносом и сопротивлением, включая всю терапевтическую ситуацию — это уже интеллектуальная задача аналитика; но лишь сопоставление, а интерпретацию этих подобий и несопоставимостей лучше вновь предоставить самому пациенту.

Вопрос об оплате пропуска сессий

Вначале, когда обсуждалось установление правил терапии, мы (вроде бы) уже упоминали вопрос пропуска сессий. Но к нему следует вернуться и как самостоятельному. В принципе, не стоит заранее обсуждать, что если пациент пропустит сессию без заблаговременного уведомления терапевта, она должна быть оплачена. Этот вопрос, как и многие другие, целесообразно рассматривать только при возникновении прецедента.

Вообще, большинство хорошо известных специалистам правил привносятся в терапию исключительно по прецеденту. Это еще один фактор или еще один компонент, используя определение З. Фрейда — «доращивания» пациента. Ни один разумный родитель не будет пытаться сразу довести до сознания ребенка все существующие правила поведения, предложить их безусловно усвоить и непреложно следовать им (если только он не ставит целью спровоцировать у него нервный срыв и вырастить невротика). Представления о всех социальных нормах, о том, что можно и чего нельзя, а также о том — какие последствия может повлечь то или иное, полное или частичное пренебрежение этими нормами — формируются десятилетиями, а в терапии — на всем ее протяжении (включая окончание терапевтического процесса).

Итак, пациент пропустил сессию без какого-либо предупреждения. Вначале, конечно, нужно деликатно выяснить причины неявки, а затем сделать достаточно мягкий переход к тому, какие чувства это вызвало у аналитика[1]. В целом, обсуждение любого события целесообразно было бы начинать не с его социальной (внешней) характеристики, а именно с чувственной составляющей; человек — существо чувствующее, хотя в обыденной жизни этому, в отличие от социальных функций личности, уделяется не так уж много внимания.

При следующем посещении пациенту уместно сказать, что так как он не сообщил о пропуске сессии заранее, терапевт испытал определенное волнение, предполагая, что что-то случилось, кроме того — он потерял час рабочего времени, а мог бы назначить на это время кого-то другого и провести этот час с пользой для другого пациента и для себя (то есть — иметь этот час отработанным и оплаченным, в отличие от навязанного ему вынужденного безделья). В терапии (впрочем, как и в обыденной жизни) целесообразно совершенно четко обозначать не только свои границы, но и свои интересы, отчасти — противопоставляя последние интересам пациента, чтобы не оказаться в роли того, на ком в очередной раз отыгрываются его невротические комплексы и нарциссические установки.

Обычно пациент легко принимает именно заключительную часть приведенного в предыдущем абзаце упрека, и тут же предлагает компенсировать вынужденное безделье терапевта и оплатить пропущенную сессию. С этим лучше не соглашаться, мотивируя тем, что у нас пока не было такой договоренности, но эта идея (что чрезвычайно важно — сформулированная

[1] Одного, безусловно, уважаемого мной рецензента сама постановка вопроса о том, что «аналитик рассказывает о своих чувствах», повергла в изумление. Не буду с ним полемизировать, но останусь при своем мнении.

пациентом), безусловно, принимается, и затем продолжается ее обсуждение, которое должно привести к тому или иному варианту обычного терапевтического стандарта: если сессия отменяется менее чем за сутки, она оплачивается. В итоге мы получаем не некие «унизительные санкции в отношении пациента», с которыми он обычно постоянно сталкивался в его повседневной жизни, а дальнейшее развитие кооперативных отношений, прирост самоуважения (ведь это он все предложил) и уровня принимаемой на себя ответственности.

Пропуск сессии — это довольно часто вовсе не случайное событие. Те, кто имеет детей, хорошо знают этот способ досадить родителям: случайно где-то задержаться (неосознанно стимулируя волнение всей семьи) или даже уйти из дома «навсегда», чтобы они знали, кого они потеряли. И при каждом пропуске мы должны предполагать, что пациент отыгрывает какие-то нерешенные проблемы или конфликты, или демонстрирует сопротивление, пытаясь вновь кому-то досадить (далеко не всегда аналитику, а той фигуре переноса, которую последний символизирует) или переложить груз эмоций и ответственность на кого-то другого, а наша задача помочь ему научиться принимать ответственность хотя бы за одного человека на себя. Поэтому на решении проблем оплаты обсуждение не завершается.

После того как идея и правило оплаты пропущенных без предупреждения сессий приняты, можно придать обсуждению (если ситуация того требует) более жесткий аналитический ракурс: «Мы сейчас, по сути, совместно пришли к выводу, что своим неприходом вы наказали меня вынужденным ожиданием и потерей оплаты. Мне чрезвычайно важно было бы узнать: за что? Возможно, я что-то сделал не так». Пациент, конечно, в большинстве таких ситуаций будет убеждать терапевта, что это произошло чисто случайно, что в этом не

было никакого злого умысла, но всегда лучше, если терапевт сумеет помочь ему найти бессознательный мотив и причину. Это бывает достаточно трудным, так как нередко причина кроется в ошибках, допущенных самим терапевтом, и чаще всего — на одной из предшествующих сессий.

Даже если терапевту кажется и приятно сознавать, что пациент склонен полностью довериться ему и всецело «передать себя в руки аналитика» как некоему родительскому, опекающему и контролирующему началу, за этим всегда скрывается определенная опасность. Придавая своему терапевту эти качества, пациент одновременно (бессознательно) рассчитывает и на другую составляющую детско-родительских отношений: контролировать своего терапевта, иногда в такой же степени, как это делает грудной младенец или «несмышленый» ребенок (склонность к игре в прятки с мамой — это еще и проверка: а будет ли искать, а так ли я уж дорог и ценен; а может, стоит заплакать, чтобы она тут же прибежала?).

Полный аналог попыток создания именно такого варианта терапевтических отношений мы встречаем в довольно типичной и далеко не редкой ситуации, когда пациент не приходит на сессию, но в тот же день или даже в тот же час звонит: «Я не смог прийти, но мне очень нужно обсудить прямо сейчас одну проблему». Телефонные и интернет-сессии[1] постепенно становятся обычным явлением, и было бы неверно отвергать такую форму терапевтического взаимодействия, но — только, если такая сессия была согласована заранее, а не предложена

[1] В последнем случае имеется в виду проведение сессий с использованием интернета и программ типа “Skype“, позволяющих терапевту и пациенту видеть друг друга на экране, но, учитывая стандартные принципы терапии, можно было бы порекомендовать вариант (как более адекватный традиционной терапевтической сессии с использованием кушетки), когда только терапевт видит пациента. Если же сессии с конкретным пациентом обычно проводились лицом к лицу — то и в дистанционном варианте этот принцип следовало бы сохранить.

без обсуждения в форме своеобразного манипулятивного поведения пациента. Поэтому в описываемой ситуации целесообразно сказать, что у нас не было такой договоренности и это вряд ли хорошая идея («будет лучше, если мы обсудим эту проблему в следующий раз»).

«Могу ли я вам позвонить…»

В отличие от телефонных сессий, которые проводятся в строго регламентированное время, некоторые пациенты хотели бы постоянно ощущать своего аналитика «на связи», и вопрос, вынесенный в заголовок, встречается не так уж редко. Обычная вежливость предполагает позитивный ответ, но вряд ли это будет верно.

Здесь есть два варианта. Если у пациента низкая интенсивность очных сессий и он проявляет желание дополнить их телефонными, вне сомнения, такое желание должно быть обсуждено, установлены временные рамки и оплата. Эта оплата, учитывая, что терапевтическая работа по телефону намного труднее и утомительнее, обычно такая же, как за все другие сессии, хотя протяженность сессий «через посредника» обычно примерно вдвое короче[1]. Если же пациент просто хочет периодически звонить вам и даже оплачивать такие внеочередные сессии, но не настроен определять их четкие сроки, границы и формат, это, вне сомнения, отражает его стремление к нарушению терапевтических границ и попытки необоснованного посягательства на ваше личное пространство. При удовлетворении этого запроса жизнь терапевта может быстро превратиться в сплошной кошмар, ибо пациент, получив такое разрешение, может легко упо-

[1] Хотя часть коллег, которые ведут дистантный анализ, проводят стандартные 45-минутные сессии.

добиться плаксивому 6-месячному младенцу, начинающему рыдать и звать мать в любое время дня и ночи, за исключением периодов, когда он сам спит. Это описывается мной не понаслышке — по неопытности мной допускались такие ошибки (даже дважды) и — получил я сполна. Никогда не следует этого делать, особенно если при негативном ответе терапевта ваш пациент угрожает суицидом — это откроет ему неограниченные возможности для манипуляций. В любом случае все ситуации непредусмотренных звонков с «запросами на потребность в срочной помощи» должны обсуждаться и исследоваться в процессе очередных сессий.

Кроме варианта, связанного с (бессознательным) желанием пациента (в регрессии) манипулировать терапевтом, навязывая ему роль сверхопекающей матери, которая подбегает к «младенцу» в ответ на каждое его «всхлипывание», звонки могут быть свидетельством недостаточной интенсивности встреч, а поскольку психодинамический процесс уже запущен, пациент может оказаться неспособным самостоятельно справиться с «наплывом» переполняющих его чувств. И тогда дополнительное обсуждение вопроса об установлении более высокой интенсивности сеттинга является совершенно обоснованным.

Вопрос о базисном образовании

Многие из новой генерации психоаналитиков — не врачи. А пациенты нередко ориентированы именно на «лечение» и мало что знают о «Страсбургской декларации», которая утверждает психотерапию в качестве самостоятельной профессии (а не одной из медицинских специальностей). Если уровень образования пациента позволяет, конечно, можно дать ему адекватные разъяснения, но иногда лучше вообще

уклониться от такого вопроса (который чаще задается на первой же встрече), чтобы заведомо не онаучивать все последующее общение (что никогда не способствует терапии). С этой точки зрения особенно сложно (на первом этапе) работать с дипломированными врачами и психологами, которым очень трудно отрешиться от мысли, что их знания, обилие усвоенных терминов и теоретических (в том числе — предельно искаженных) представлений, например, о «высшей нервной деятельности», применительно к психотерапии — не имеют никакой ценности[1]. Мной уже не раз обосновывался тезис, что понятие «больная личность» или даже «психическая болезнь» — отчасти неадекватны и более того — унизительны, поэтому мы предпочитаем говорить о личностных проблемах и психических расстройствах.

Тем не менее вернемся к тому, что вопрос о базисном образовании периодически возникает, и чаще всего пациент мало информирован о том, что существует психотерапевтическое образование и насколько его уровень выше, настолько оно сложнее и протяженнее, чем традиционное медицинское или психологическое. Но здесь важен совершенно иной фактор: чем меньше пациент знает о вас, тем качественнее перенос. И в отношении профессии, так же как и при вопросах о семейном положении, наличии детей, хобби и т. д., мы обычно исходим именно из этого принципа.

[1] Особенно трудно, а иногда — практически невозможно переучивать (в том числе — анализировать) уже сформировавшихся специалистов, даже если они осознанно апеллируют к психоанализу. Но столь же неверным представляется отказ от работы с ними, ибо их психические нагрузки ничуть не меньше, а потребность к коллегиальной поддержке — абсолютно объективна. Но это как раз тот случай, когда сочетание принципов психоаналитической и рациональной терапии вполне уместно. В принципе, во многом аналогичная ситуация складывается и в процессе очень длительной терапии. Она также характерна и для постаналитического периода, когда контакты между терапевтом и пациентом сохраняются, но становятся нерегулярными.

Поэтому если пациент спрашивает вас о базисном образовании, лучше, в свою очередь, поинтересоваться, чем вызван его вопрос. Обычно пациенты в той или иной форме поясняют, что таким образом они хотели бы узнать об уровне или широте вашей компетенции. И тогда можно позволить себе некоторую доброжелательную иронию по поводу того: является ли пациент квалифицированным экспертом в этой сфере? Иногда обсуждение вопроса на этом заканчивается, но не всегда. Можно получить и утвердительный ответ: «Да, я уже был у трех тупых психологов и двух таких же психотерапевтов»[1]. И хотя практически вся информация уже присутствует в этом «емком» ответе, целесообразно спросить пациента: «И как?» — получив затем вполне прогнозируемый ответ: «А никак». Здесь можно позлорадствовать (относительно менее квалифицированных или менее удачливых коллег), хотя вернее было бы слегка встревожиться — не окажемся ли и мы со временем шестым в той же категории? Но лучше отложить свои переживания и тревоги на потом и продолжить самый подробный расспрос: как пациент находил этих терапевтов, какой была частота встреч, как и где они проходили, какие чувства он испытывал в процессе терапии, что, по его мнению, помешало достижению позитивного эффекта и т. д.

Здесь мы снова исходим из того: какими качествами должна обладать мать, чтобы быть «достаточно хорошей»? Самое главное: больше интересоваться «ребенком» и его

[1] Увы, применительно ко многим из тех, кто начинает практиковать на основе базисного медицинского или психологического образования, «слегка отредактированного» 6-месячными или даже годичными курсами обучения психотерапии, эта характеристика пациентов может в ряде случаев оказаться относительно объективной. Проявляя заслуживающую уважения настойчивость и даже смелость предпринимать новые попытки поиска адекватной терапии и попадая наконец на прием к психотерапевту с хорошим образованием и личным тренингом, такие пациенты нередко искренне удивляются: насколько общение с профессионалом отличается от того, с чем они сталкивались ранее.

проблемами. Пациенты нередко в ответ на такой искренний интерес к ним реагируют вполне социально: раз ко мне проявляют такой интерес, то и я должен проявить интерес к собеседнику, иначе это как-то невежливо. Но это в обыденной жизни, а мы — в отличие от ребенка (и даже от большинства взрослых), знаем, что интерес ребенка к матери — всегда достаточно поверхностный и эгоцентричный: больше всего он хочет, чтобы интересовались именно ним. Поэтому, как только вы переносите все внимание на пациента, его заинтересованность в вопросах к вам и о вас ослабевает и даже угасает, и это как раз то, что и требовалось достичь для создания реальной терапевтической ситуации.

Если же интерес пациента к вам все равно сохраняется, можно обозначить терапевтические границы более жестко: «Вы обратились ко мне за помощью, оплачиваете наши встречи, поэтому мой долг говорить только о вас». Но если пациент все-таки возвращается или даже застревает на вопросе о базисном образовании, нет ничего предосудительного в том, чтобы ответить на него полностью. В равной степени это относится и к любым другим подобным ситуациям или вопросам пациента.

Мы давно приняли идею, что психоаналитик по базисному образованию может быть не только врачом или психологом, и в ответе лучше акцентировать внимание на реальном положении вещей, то есть на том, что уже после получения высшего образования вы изучали психические проблемы и методы их коррекции в течение, как минимум, 3–4 лет в специализирующемся на подготовке психотерапевтов институте, затем прошли личную терапию и начали кандидатскую практику, которая длилась также 3–4 года, и уже в течение стольких лет имеете квалификацию специалиста и работаете с пациентами (пациенту мало что скажет информация о

том, что вы обучающий аналитик или супервизор, поэтому в большинстве случаев можно ограничиться этим).

Иногда и этого оказывается недостаточно, и пациент спрашивает: «И скольких вы вылечили?» Здесь снова можно вернуться к тезису о том, что мы не считаем наших пациентов больными, и дать более пространные разъяснения. — К нам приходят люди, испытывающие те или иные проблемы или те или иные трудности в отношении к самим себе или во взаимодействии с окружающими, а мы помогаем им найти причины их страдания и сформировать более адекватные стратегии поведения, чтобы они могли чувствовать себя более счастливыми. Поскольку для нас такая работа — не хобби и мы занимаемся этим профессионально, все эти люди оплачивали наши встречи, скорее, по традиции, именуемые терапией. Вероятно, они знали — почему они приходили в течение нескольких месяцев или даже лет и за что они платили. Кроме того, мы всегда вместе решали — стоит ли продолжать или уже можно завершить нашу работу. И если приходили к согласию в последнем вопросе, считали это успехом для нас обоих.

«Сколько понадобится времени?»

Вопрос, вынесенный в заголовок, задают достаточно часто, нередко уже в процессе первой встречи. Никто этого не знает, и ответ должен быть предельно честным: может быть, несколько недель, может — несколько месяцев или даже лет, но в любом случае — это не вся жизнь, омраченная теми или иными неразрешимыми проблемами.

Большинство пациентов это не удовлетворяет, и еще не приступив к совместной работе, они все-таки хотели бы прояснить более точно — сколько времени она потребует. Их

интерес абсолютно понятен, так как не менее материальных, их, как и всех нормальных людей, заботят временны́е затраты. Ваш ответ предполагает обозначение какого-то срока, и некоторые даже называют тот или иной, приемлемый для терапевта и пациента период. Но лучше уйти от такой заведомо непрогнозируемой определенности и в ответе исходить не из количественных, а из качественных характеристик: «Когда вы почувствуете, что ваши проблемы больше не беспокоят вас, что вы легко справляетесь с ними и с другими аналогичными самостоятельно, что вы стали более счастливы в жизни, в семье, в детях, более удачливы в карьере и сможете свободно говорить о своих чувствах не только со мной».

Ответ вопросом на вопрос

У некоторых аналитиков весьма популярно мнение, что не стоит вообще отвечать на какие-либо вопросы, касающиеся их лично, или отвечать вопросом на вопрос, типа: «А почему вы об этом спросили?». Иногда этот стиль подается даже как показатель некоего профессионализма. Безусловно, это не так. Если каждый раз реагировать таким образом, а на слова пациента: «Не понимаю», — предлагать: «Давайте проанализируем, почему вы не понимаете», — это будет самым простым способом быстро прекратить терапию и потерять пациента (так же как и его уважение — и к терапевту, и к профессии). Это еще один вариант тех случаев, когда аналитик только усвоил некоторые общие правила, но не способен к адекватному их применению.

Даже вопреки некоторым положениям, сформулированным выше, если пациент что-то настойчиво выспрашивает, ему нужно ответить и говорить всегда только правду. Тем не менее мы знаем (и это уже также отмечалось), что интерес

пациента к нам сугубо поверхностный, он намного больше хотел бы проявления интереса к себе, к своим чувствам, своим переживаниям и своему опыту (который в обыденной жизни, нередко — никого не интересовал, а при попытках донести все нюансы до окружающих — даже раздражал). Поэтому (рискуя надоесть, повторю еще раз) — конкретный и искренний ответ на любой вопрос пациента о терапевте должен быть предельно коротким, и отвечая на этот вопрос, мы должны постоянно помнить, что случайных вопросов не бывает, и раз пациент этим интересуется, эта тема имеет какую-то персонифицированную значимость для него, а значит — нужно «вернуть» вопрос пациенту.

Например, пациент спрашивает: «Вы женаты (или замужем, или есть ли у вас дети)?» — будет не вполне верно, если вы начнете объяснять: «Да, женат, даже два раза, у меня трое детей от двух жен, которые...» и т. д., и т. п. Лучше ответить только «да» и тут же добавить: «Вы спрашиваете потому, что опасаетесь — смогу ли я понять вашу ситуацию?» Вообще форма: «Вы спрашиваете потому, что...» — очень уважительна, такой вопрос показывает вашу заинтересованность в верном понимании пациента.

Всех ли укладывать на кушетку?

Кушетка стала неким символом всей психотерапии, и даже те специалисты, которые идентифицируют себя с другими модальностями, нередко предлагают ее своим пациентам. Обязательно ли психоаналитику всех укладывать на кушетку? Ответ достаточно прост: как уже отмечалось, в терапии ничего нельзя делать в режиме принуждения. Если пациент не хочет или опасается такой позы, нужно избрать другой вариант (например, в кресле — лицом к лицу или — в полуобороте от терапевта).

Но даже если пациент с удовольствием лег бы на кушетку, это может быть не лучшим вариантом для него, так как при этом усиливается регресс, а это не всегда полезно. Например, если терапевт видит, что на кушетке пациент слишком сильно регрессирует (иногда это случается вплоть до галлюцинаторного состояния), нужно тут же активизировать его тем или иным вербальным побуждением и предложить ему продолжить сессию, сидя лицом к лицу. В такой ситуации пациент может удивленно спросить: «А почему вы меня вдруг подняли с кушетки?» — Здесь целесообразно проявить определенную деликатность и сказать, не слишком искажая реальное положение вещей, что, как вам кажется, он слишком погрузился в свои чувства, а затронутая тема, вероятно, слишком значима для него и ее лучше обсуждать, видя друг друга.

Если же наоборот — вам нужно положить пациента на кушетку, объяснение будет другое, в частности, «чтобы его сознание было более расслабленным, речь — более спонтанной, а терапия — более успешной».

Многообразие форм агрессии

Здесь мы отчасти продолжим тему кушетки. Когда пациент сам проявляет инициативу сменить обычную (для него и большинства сессий) позу, нужно обязательно сопоставить это желание со всем предшествующим материалом и контекстом конкретной ситуации, в которой это проявляется. Если, например, пациент находится в состоянии явной агрессии, более того — по отношению к терапевту, и на этом фоне говорит: «А что, если я сейчас встану с кушетки и врежу вам?». Самое главное — сохранять спокойствие, в том числе интонационное (реализация таких намерений случается, но

у меня нет такого личного опыта). В каждом случае способы канализации агрессии глубоко индивидуальны, и готовых рецептов здесь нет. Применительно к приведенному выше варианту можно, например, с некоторой иронией сказать: «Не волнуйтесь! У меня рядом с креслом всегда хорошая бейсбольная бита. Я тоже могу стукнуть». Это реальная ситуация, поэтому опишу последующий диалог.

П.: Правда?

Т.: А как вы сами думаете?

П.: Я думаю, что если имеешь дело с психами, лучше держать не какую-то палку, а пистолет.

Т.: А вы — псих?

П.: Ну, не совсем...

Т.: Значит, мне нечего опасаться?

П.: Пока — нечего.

Т.: Я напомню вам наш контракт: вы можете выражать любые чувства и желания, в том числе — в отношении меня, и негативные тоже, но только в словах. Вы помните об этом?

П.: Помню.

Т.: И подтверждаете наш контракт?

П.: Испугались?

Т.: Нет, но в рамках нашего контракта то, что вы сказали («А что, если я сейчас встану с кушетки и врежу вам?»), должно было бы звучать совсем иначе.

П.: Это как?

Т.: «У меня появилось желание встать с кушетки и врезать вам!» Я принимаю этот вариант и хочу попросить вас попробовать объяснить: чем бы могло быть вызвано или что спровоцировало такое желание (в ваших мыслях или в моем поведении)?

Агрессия может быть и не такой явной[1], но она во всех случаях нуждается в детальном анализе, так как только таким путем она может быть лишена ее импульсивной (неконтролируемой) составляющей. Приведу еще один пример.

Поскольку я принимаю пациентов в своем (ректорском) кабинете, что не так уж хорошо для пациентов, но я так привык (а ощущение собственного комфорта терапевта не менее важно для эффективной терапии), у меня есть как кушетка и кресло для аналитической работы, так и обычный рабочий стол с офисным креслом. Моя пациентка спрашивает: «А можно мне встать?» В соответствии со стандартной терапевтической тактикой положительный ответ предполагается, но не дается: «Вначале объясните, почему вы этого хотите?».

П.: Хочу немного размяться и посмотреть на вас.

Т.: Пожалуйста (пациентка встает, и некоторое время ходит по кабинету).

П.: А можно мне лечь на ковер?

Т.: Это не домашний ковер, и по нему в день проходят десятки людей.

П.: Ничего страшного (и тут же ложится передо мной, подперев приподнятую голову двумя руками, как это делают дети).

Т.: Мы еще не обсудили вашу просьбу, а вы уже легли.

П.: Мне показалось, что вы — не против.

Т.: Мы уже договаривались с вами, что лучше все прояснять, а не оперировать такими манипулятивными понятиями, как «показалось».

---

[1] «Буйные» к нам вообще не приходят, и это стоило бы оценить как наше большое преимущество. К психиатрам они тоже не приходят — их приводят или «доставляют», и зависти работа с такими пациентами, естественно, не вызывает. Ситуация, которая демонстрируется в фильме «Сибил» (в главной роли Сибил Шепард), где речь идет о работе с пациентом с множественным расщеплением личности, по моим представлениям, для психотерапии — не характерна.

П.: Могу и встать.

Т.: Можете и полежать, раз уж легли. А что связано с этой позой?

П.: Я так перед папиным креслом всегда лежала.

Т.: Это приятные воспоминания.

П.: Так себе. Встаю. Надоело. И неудобно.

Т.: Неудобно — в каком смысле: передо мной или поза неудобная?[1]

П.: Поза неудобная (встает). А можно мне посидеть в вашем «начальническом» кресле?

Т.: Попробуйте, но с условием, что расскажете мне — почему вы этого хотите.

Пациентка садится в кресло за моим рабочим столом и очень пафосно, указывая на меня пальцем, произносит: «Теперь я буду вами повелевать!» — Затем смущается, и добавляет: «И как вы на нем сидите — совершенно отвратительное кресло!» — Встает. Я наблюдаю за ней молча, ожидая продолжения (но не демонстрирую этого ожидания, просто смотрю). Через несколько секунд пациентка говорит: «А еще мне хотелось бы посидеть и на этом вашем кресле!» — указывая на мое терапевтическое место, где я сижу. Это уже явное проявление некой эротизированной агрессии (в переносе — я отец, и это уже обсуждалось, о комплексе Электры мы также уже говорили), а кроме того — это посягательство на мое личное пространство и на терапевтические границы, которое следует предельно твердо остановить (противопоставив агрессии пациентки свою агрессию), что и было сделано в форме иронии.

Т.: А «на ручки» ко мне не хотите?

П.: Хочу, но знаю, что нельзя (и она снова укладывается на кушетку).

---

[1] Внимательное отслеживание любых слов, которые могут иметь различные смыслы — это также одна из постоянных задач терапии.

На этом можно остановиться и подчеркнуть в заключение, что способность проявлять, а также контролировать свою и принимать внешнюю агрессию — одна из важнейших характеристик нормального функционирования личности.

Молчание в кабинете терапевта

Начнем с терапевта. Вопреки классической формуле (нейтрального молчания, которое, как предполагается, должно фрустрировать пациента и побуждать его говорить) терапевту не стоит ни много говорить, ни много молчать. Естественно, что этой фразе не хватает определенности, и здесь, как и в известном примере об одной-единственной мухе (в комнате — мало, а в супе?), всегда требуется некоторое уточнение. Но и оно будет столь же неопределенным, так как это также вопрос глубоко индивидуальный (психотерапевты, как и все остальные люди, также бывают молчаливые и разговорчивые). Но если пациент говорит, нужно предоставить это право исключительно ему (он за него платит), и в неограниченном количестве; а если молчит — стимулировать его вербальную активность, ибо в противном случае он бесполезно тратит свое и наше время (и опять же — его деньги, о чем ему уместно сказать). В психоанализе существует такое понятие, как «проработка чувств в молчании», но длительность такой проработки не должна «съедать» большую часть сессии.

Стимулировать вербальную активность пациента можно вопросами, и лучше — максимально неконкретными, параллельно пояснив пациенту, что мы хотим, чтобы он говорил не то, что нам интересно, а то, о чем бы он хотел сказать (когда один пациент сказал мне: «А я совсем не против рассказать и то, что вам интересно», — я тут же отреагировал: «Очень интересно что-нибудь новенькое о нанотехнологиях», — что

пациент воспринял вполне адекватно: «По-нят-но...», — и далее говорил о себе).

Приведу еще один случай с пациентом, который после краткой формулировки его проблемы («трудности в общении с девушками») «хотел бы теперь больше слушать», что я скажу, «хотел бы, чтобы я научил его разбираться в психологии вообще». Такая постановка задачи исходно не является терапевтической, и пациенту было рекомендовано пройти курс обучения в психологическом или психоаналитическом институте, стоимость которого, в общем-то, будет значительно ниже, чем его ориентация на «индивидуальный курс лекций». Пациента такое объяснение и такое предложение не вполне удовлетворило, но предложить чего-либо иного на его запрос я не мог.

Доктор Стерн в подобных ситуациях иногда предпринимает весьма необычные варианты «интервенций». Например, он соглашается говорить на протяжении всей сессии вместо пациента, если пациент согласиться оплатить это в двойном или тройном размере. И в этом есть свой особый смысл — пациент должен знать, что в каждой сессии есть большая часть его работы, а не ожидать, что терапевт все сделает за него. А вот побуждение пациента к такой работе души — относится уже к задачам терапевта.

Иногда после таких разъяснений пациенты не без иронии спрашивают, а почему каждые 45 минут рабочего времени психотерапевта стоят так дорого, хотя большую часть работы (как мы ему только что пояснили, по аналогии с интервенцией д-ра Стерна) делает пациент? Вряд ли уместно описывать пациентам все трудности работы преимущественно с негативными эмоциями, состояниями и ситуациями. Мне, в частности, представляется уместным здесь прибегнуть к ответной иронии и сказать: «А я и беру с вас только 50%, а

вообще-то надо бы больше, так как вы пока плохо работаете на себя». Но можно и пояснить, что оплата относится не к 45 минутам, а к тому уровню квалификации и моему 30-летнему профессиональному опыту, которые предоставляются пациенту (можно еще больше усилить иронию, добавив: «почти задаром») на эти 45 минут.

Еще один вариант. Пациент приходит на 3-ю сессию и говорит, что ему больше нечего рассказать. Он уже все сказал. Здесь терапевту нужно искренне обрадоваться: «Наконец-то! Это очень хорошо. Вот теперь мы и приступаем к настоящей работе. Раз у вас нечего сказать и нет никаких заготовок, то теперь мы имеем самую лучшую ситуацию и самую лучшую возможность для спонтанной речи (иногда можно сказать — “для свободного ассоциирования”). Начинайте говорить все, что вам приходит в голову, не заботясь о связности рассказа. Именно все, что приходит, и в том порядке — как оно приходит, само по себе».

Вряд ли психоаналитикам нужно объяснять, что понятие «свободные ассоциации» не совсем верно — они всегда связаны с состоянием, проблемами, комплексами и влечениями пациента. И о чем бы он не говорил, он всегда говорит о себе. Ну а способность понимать и анализировать это — уже относится к качеству образования, индивидуального тренинга, общей и профессиональной культуре конкретного специалиста.

Из моей супервизорской практики мне известен один случай, когда пациент молчал на протяжении десятков сессий, а терапевт (в ответ на эту агрессию) демонстрировал свою «профессиональную выдержку» (а на самом деле — такую же агрессию) ответным молчанием. Это, конечно же, неверно: пациенту позволяется (но не бесконечно) проявлять свою агрессию и демонстрировать попытки или желание наказать

терапевта (вербально или в допустимых невербальных вариантах), но у нас нет такого права.

Еще раз обратимся к психологии развития и детскому психоанализу. Всегда должен быть баланс между «кормлением» младенца и его фрустрацией голодом (иначе он так и будет лет до 18, а то и дольше держаться «зубами за сосок», что в метафорическом варианте — далеко не редкость даже у пациентов, которым далеко за 30). Если пациент молчит, его надо «прикармливать», то есть говорить самому, чтобы у него не нарастала фрустрация. И, соответственно, наоборот.

Пациент уснул

Такое иногда случается, чаще — на более поздних этапах терапии, хотя иногда и на 4–5-й сессии (ни разу не встречал такого на 1–3-й). Что делать? Конечно, не будить, пока пациент сам не проснется или не истечет время сессии. В последнем случае разбудить пациента лучше минут за 5 до окончания сессии, чтобы успеть спросить — все ли в порядке? Обсуждать это (если пациент проспал все отведенное ему время) целесообразнее уже на следующей встрече. При этом косвенный упрек лучше адресовать не пациенту, а его интересам: «Прошлый раз мы потеряли часть оплаченного вами времени. Мне очень жаль. Вы переутомились или что-то еще произошло?» Можно добавить с учетом того, что обсуждалось нами в предыдущих разделах: «Каждая сессия — это не только встреча с самим собой, но и работа, при этом — исключительно в ваших интересах. Чтобы делать эту работу эффективно, вам нужно иметь достаточно сил и не быть таким переутомленным». Безусловно, уместно выразить и благодарность пациенту: не так-то просто уснуть в присутствии

другого человека, который наблюдает за тобой, — это может быть также показателем его доверия к вам.

Но есть и другой аспект. Сон, молчание, зевание — это (чаще всего) физиологические эквиваленты сопротивления, и к тому же — заразительные. И если терапевт на каком-то отрезке сессии вдруг почувствует, что его непреодолимо потянуло в сон, нужно попытаться осмыслить свое собственное сопротивление, можно также озвучить это ощущение и спросить пациента, как или чем он мог бы объяснить такую реакцию аналитика на то, что он сейчас говорит[1]. Естественно, что работа терапевта предполагает постоянное соблюдение режима труда и отдыха в интересах поддержания его высокой работоспособности, чтобы исключить «бытовые» причины желания поспать на рабочем месте.

Когда мы выявляем ту или иную форму сопротивления, не так уж важно, как оно проявляется, намного существеннее вопрос: а почему оно возникло и как его преодолеть? Если сказать пациенту, что ваш сон в процессе сессии — это сопротивление, он ничего не поймет, да и не обязан понимать, и поэтому будет иметь вполне законное право испытать раздражение в отношении аналитика. Это аналитик должен думать о том, что предшествовало этой крайней форме сопротивления на этой сессии (или в совокупности с предыдущей или даже несколькими предыдущими). А после того, как причина будет найдена, попытаться обсудить ее (во всех случаях гипотетический) вариант с пациентом. Подчеркну еще раз, не

[1] Если такие ситуации (с «впаданием» терапевта в непреодолимую сонливость) происходят достаточно часто с одним и тем же или, что еще хуже, — со многими пациентами, то аналитику стоит подумать о дополнительном или повторном личном анализе, а также о более щадящем режиме практики. Большинство активно практикующих терапевтов даже при отсутствии таких тревожных симптомов профессионального выгорания имеют уже по 2–3 курса личного анализа, фактически прибегая к нему повторно (в интересах профессионального здоровья и долголетия) каждые 5–7 лет.

интерпретировать, а обсудить, что значит — исследовать, не уставая напоминать себя, что каждый раз, когда мы преодолеваем сопротивление, мы укрепляем Эго пациента.

Еще одно примечание. Когда нам требуется исследовать и затем преодолевать сопротивление, делать это нужно крайне осторожно, постепенно, идя от «поверхности в глубину». И при необходимости вновь возвращаться к поверхности и увлекать за собой пациента. Если попытаться сразу «дойти до сути» (которая может быть абсолютно понятна и приемлема для аналитика и одновременно столь же далекой от понимания, неприемлемой и в силу этого — пугающей для сопротивляющегося пациента), особенно когда даются некие «очень глубокие» интерпретации, неподготовленный пациент может довериться вам и «нырнет» с вами на любую глубину, но выплывет ли он, просто наглотается «соленой воды» или задохнется — это всегда вопрос. Никогда не следует забывать, что, в отличие от нас, умеющих погружаться в темные глубины психического, наши пациенты обычно плохие «ныряльщики».

Это в теории все четко классифицировано, а в терапии сопротивление, с одной стороны — приобретает самые различные формы, а с другой — становится более многозначным и одновременно более неопределенным. В большинстве случаев оно скорее чувствуется или даже предчувствуется, чем реально замечается в форме, доступной для классификации. З. Фрейд в свое время отмечал, что и при сопротивлении, и при вытеснении действуют одни и те же механизмы и одни и те же силы, что позволяет сделать вывод, что сопротивление уже само по себе может давать некие намеки или «наметки» к тому — что же было вытеснено? Поэтому исследование и истолкование сопротивления столь же важны, как и интерпрета-

ция трансфера (но в реальной практике, как свидетельствуют супервизорский опыт, пока этим нередко пренебрегается).

Уместно напомнить, что, по одной из рабочих схем З. Фрейда, все наслоившиеся воспоминания располагаются как бы некими концентрическими кругами вокруг патогенного ядра — и чем ближе (по мере терапии и вербализации материала пациента) мы приближаемся к этому ядру, тем сильнее сопротивление. Одновременно с этим сопротивление является, в некотором смысле, частью структуры Я, функция которой состоит в предотвращении актуализации мучительных представлений и воспоминаний. Но без такой (отчасти насильственной) актуализации невозможно сделать их действительно забытым, действительно прошлым, тем, что больше не тревожит, не волнует, не беспокоит и просто — не мешает жить и радоваться жизни. В этом смысле, поскольку Я — это сознательная часть личности, локализация сопротивления не принадлежит бессознательному, но оно и «не желает» стать сознательным, «предпочитая» действовать в тех «слоях» психики, где в свое время произошло вытеснение. Здесь же произошло их «сцепление» с механизмами защиты, которые в процессе терапии нередко усиливаются — в форме сопротивления самой терапии. Это, конечно, очень схематично и примитивно, но, уверен, специалисты поймут.

Детский психоанализ предлагает нам еще один вариант объяснения подобных феноменов. Учитывая магическое мышление и постепенно приобретаемое (не в последнюю очередь в силу уже освоенного «управления матерью») ощущение всесилия, инфантильное мышление младенца может действовать «по формуле»: «Если я выражу агрессию матери, я могу убить ее»[1], — и ребенок обращает агрессию на

[1] Применительно к зрелому возрасту это относится (в основном) к тяжело нарушенным пациентам, «зафиксировавшимся» на шизоидно-параноидной по-

себя — проявляя ее в попытках самоповреждения, бессильном плаче или впадая в сон. Таким образом, сон также может быть также проявлением аутоагрессии и свидетельством того, что эта агрессия ищет и не находит выхода. Чем больше мы позволяем пациенту выражать агрессию и создаем условия для ее проявления, тем меньше у него остается ее для себя. Не раз приходилось наблюдать, как после ожесточенной (вербальной) «баталии» с психотерапевтом и выпуском агрессии пациент с нескрываемым удовольствием говорит на прощанье: «Как хорошо мы сегодня поговорили!».

Эдипальность — до-эдипальность

В большинстве случаев на первых этапах терапии установить, с каким типом пациента судьба свела нас в этот раз, достаточно сложно, а терапевтические тактики и техники при работе с эдипальным и до-эдипальным пациентами качественно отличаются. Чтобы уменьшить вероятность ошибки в выборе техники, доктор Стерн предложил некоторые ориентировочные признаки, которые не всегда работают, но все же позволяют сформировать некоторые предварительные выводы.

Эдипальный пациент, как правило: (а) обладает более высокой способностью к установлению и поддержанию стабильных отношений, в том числе — семейных, сексуальных и дружеских; (б) он способен долго работать в одном и том же месте; (в) его обращение к терапии чаще всего связано с межличностными конфликтами.

До-эдипальный пациент: (а) часто меняет мужей или жен, друзей и подруг, сексуальных партнеров; (б) часто меняет

зиции (когда «дилемма» состоит в вопросе: «Как любить, чтобы не убить?» — в отличие от типичного — для более зрелой депрессивной позиции — сомнения: «Как любить, чтобы не потерять?»).

место работы; (в) обращается преимущественно в связи с тем или иным внутриличностным конфликтом.

Изложение специфики терапевтических техник работы с эдипальными и до-эдипальными пациентами не входит в наши задачи (этому нужно учиться долго и основательно), поэтому кратко остановимся только на самых существенных аспектах, адресуя эти заметки уже подготовленным специалистам. Терапия до-эдипального пациента техникой эдипального — это то же самое, что учить кататься на велосипеде (даже трехколесном) младенца, которому еще нет и года. До-эдипальный пациент при предложении ему свободного ассоциирования может просто разрушиться (от непосильной задачи), эта техника действует на него деструктивно. Но очень важно, чтобы до-эдипальный пациент говорил, а наша главная терапевтическая цель на протяжении длительного периода будет состоять исключительно в том, чтобы помочь ему, а если сформулировать это еще точнее — научить его говорить. То есть: (а) поддерживать его желание говорить на определенную тему, какой бы глупой она не казалась; (б) и не требовать при этом какого-то осмысления того, что говорится (примерно так же, как в случае общением с ясельным или детсадовским ребенком).

Эдипальный пациент, даже если вы его квалифицировали как «нарушенного», в принципе, может говорить уже что-то разумное. И если мы попытаемся общаться с ним как с до-эдипальным (образно говоря: «агукать» с ребенком 7–10 лет), он может или не понять, «что происходит», или быстро регрессировать на до-эдипальный уровень, стараясь доставить вам удовольствие своим регрессом (по типу: «Видишь, какой я смышленый ребенок!»).

Если внимательно прочитать понятие «рабочего альянса» по Гринсону[1], то можно заметить, что под этим автор подразумевает не столько кооперативность отношений с пациентом, сколько побуждение пациента делать то, чего от него хочет или ждет аналитик. Такой подход может быть адекватным применительно к эдипальному пациента, которому, в рамках уже использованной аналогии, как и первокласснику, уже можно давать некоторые задания, интерпретации и ожидать, что они будут поняты и приняты. Что касается личностей, у которых нарушения связаны с более ранним периодом развития (до-эдипальных), то им, как и детям, можно давать только то, что они хотят, и большего от них пока требовать нельзя, кроме выполнения трех главных условий любой терапии: приходить, говорить, платить.

В принципе, почти у каждого пациента можно обнаружить и эдипальные, и до-эдипальные проявления, и если в процессе первой встречи у вас еще не сформировались определенные представления, к какому типу (по ведущим признакам) следовало бы отнести пациента, работу с ним лучше начинать как с до-эдипальным.

Галлюцинации и бред

Моя молодая супервизантка «в шоке»: «Я взяла пациента, а у него галлюцинации!» Иногда их также характеризуют как бред или видения. Висцеральные, вкусовые, генитальные, тактильные, психосенсорные или сенестопатические[2] — у наших пациентов встречаются настолько часто (в моей практике — до 10%), что практически никого не удивляют, впрочем, как и идеи реформаторства, талантливости, величия и т. д. Реже

[1] Гринсон, Р. Техника и практика психоанализа. — М.: Когито-Центр, 2003.

[2] Сопровождающиеся необычными ощущениями в теле и внутренних органах.

встречаются «сценические» (сюжетные) галлюцинации, но если в них нет императивного компонента (типа: «Убей своего терапевта!») и они не сочетаются с бредом враждебности к психотерапевту, с ними также можно работать.

Моя пациентка, которая согласилась работать только сидя в кресле, уже на одной из первых сессий вдруг напрягается, втягивает голову в плечи, и тихо произносит: «Он опять пришел и сидит». — «Кто?» — спрашиваю я. — «Тот мужчина, в углу», — и она кивает в дальний угол моего кабинета. — «Я не вижу его, но вы видите. Расскажите мне о нем». За все последующие годы работы об этом мужчине мы узнали не так много: он периодически приходит и сидит, всегда спиной к пациентке, она не видит его лица, он ничего не говорит и не отвечает на ее вопросы, но от него исходит угроза. Последние несколько лет он ни разу не приходил на наши сессии, но иногда приходит к пациентке домой, и в этих случаях она повторяет фразу, которую мы неоднократно озвучивали на сессии: «Я уже не одна. Со мной мой терапевт, и мне не страшно».

Я догадываюсь — кто этот мужчина, но пациентка пока не готова его опознать, и он так и остается для нас неизвестным. Но поскольку пациентка действительно впервые в жизни оказалась не одна в пугающем ее мире, качественно изменились ее семейные отношения, ее отношение к себе и намного улучшилась ее социальная адаптация, включая такой немаловажный показатель, как способность работать.

Упоминая этот случай, не могу не сказать о том, какой была реакция пациентки на мое признание реальности того, что она видит: «Вы первый, кто не ругает меня за это. А мой психиатр сказал, что если это будет продолжаться, мне на-

значат электрошок»[1]. До этого «ругали» и дома, и в клинике, а кроме того — оставляли пациентку «один на один» с ее страхами и опасениями. Самое главное для терапевта в такой ситуации не испугаться, а помочь пациенту осознать, что он больше не один.

Убийца на кушетке

Наша первая встреча с этим очень высоким (около 2 метров), крепкого телосложения мужчиной около 30 лет ничем особенно не отличалась, за исключением того, что он был пока не готов озвучить свою проблему и долго расспрашивал о том, не является ли принцип конфиденциальности сугубо декларативным и насколько строго мы ему следуем. Мне было немного сложно говорить с ним, потому что — даже сидя, пациент возвышался надо мной (мой рост всего 170), и я был вынужден общаться с ним, запрокинув голову и глядя вверх.

На четырех последующих (пробных) сессиях мой пациент также не был настроен говорить, и первые сессии прошли преимущественно в форме моих вопросов, на которые он давал достаточно скупые ответы. И лишь после того, как мы приняли решение о том, что будем продолжать совместную работу, я узнал, что он «пришел облегчить душу», так как он — киллер. После этого он стал говорить намного больше и свободнее, но мы так и не дошли до серии заказных убийств, рассказ о которых он постоянно откладывал, вновь и вновь возвращаясь к своему детству, издевательствам со стороны садиста-отца над ним и его матерью[2], а также ситуации

[1] То есть, в дополнение к и так присутствующим страхам пациентки, лечащий врач внес свой «вклад», запугивая ее карательными процедурами, при этом — за то, что она предельно откровенна с ним. Имел ли этот «коллега» хоть какие-то представления о терапии?

[2] Мать покончила с собой, когда пациенту было 14 лет.

убийства отца, которого он прикончил на дальней заимке[1], примерно в 40 километрах от их деревни, а потом утопил в болоте, а заимку сжег. Самое неприятное было в том, что мной был очень скоро опознан его перенос, в котором я был его отцом, и значительная часть его вербальной агрессии, хотя и адресовалась отцу, невербально (движениями тела и головы) направлялась на меня. Я чувствовал себя, мягко говоря, крайне неуютно, особенно когда пациент описывал, как он расправился с отцом: «Я взял этого гада за ноги, а он был такой маленький, плюгавенький, ну как вы, и бил его головой об стену, пока он не сдох».

Моя тревога еще больше усилилась, когда он сообщил мне, что недавно встречался со своим «паханом» из криминального мира и тот рассказал ему, что один из его «коллег» сходил на исповедь, а в итоге — пришлось «пришить» попа. На мой вопрос: «Мне тоже надо готовиться?» — пациент ответил, что «он меня не сдал», но попросил сейчас же и при нем порвать все мои записи. Я выполнил его просьбу и, повинуясь скорее профессиональной интуиции (рациональности в этот момент мне явно не хватало), предложил, учитывая сложность материала и мои риски, повысить мой гонорар в два раза. Еще через две сессии, несмотря на возражения пациента, я настоял на еще одном повышении, и мой гонорар утроился. Но он все равно явно не компенсировал мои негативные чувства. Однако сознательно желаемый мной эффект был достигнут: пациент сказал, что это дорого даже для него и он должен будет отказаться от наших «бесед», тем не менее мы договорились о еще пяти заключительных встречах, из которых состоялось только три.

---

[1] Заимка — охотничий домик в лесу.

По понятным причинам у меня не осталось никаких заметок о них, поэтому передам кратко только их общее содержание. В какой-то момент, не вспомню — какой, я начал подозревать, что мой пациент придумал всю эту историю (более того, почти «психотически» вжился в нее), не имея иной возможности реализовать чувство ненависти и мести в отношении, безусловно, реального отца-садиста (скорее всего, мои первые подозрения были вызваны обилием и одновременно — ощущением какой-то неуместности криминальной лексики в речи пациента). Уже позднее, на одной из последних встреч, пациент сам признался мне, что все, что он говорил — это те картины, которые он неоднократно рисовал себе в детстве и юности. В конечном итоге оказалось, что он вполне преуспевающий программист, но я лишь в малой степени смог уловить, что его приход ко мне был реакцией на две параллельных психотравмирующих ситуации: с одной стороны — определенного психологического садизма со стороны его жены, которая явно грубо подавляла этого (в физическом смысле) огромного и сильного мужчину, а с другой — унижения, испытанного в связи с разделом созданной им совместно с несколькими коллегами фирмы, где он, по его словам, был основным «творческим началом», а они — в основном «продвигали программный продукт», но при разделе оставили его ни с чем. Я спрашивал, почему он не рассказал мне об этом сразу, но не получил сколько-нибудь ясного ответа. Я также предлагал ему продолжить наши встречи, но он отказался. Не буду утомлять читателя хорошо знакомыми психоаналитикам рассуждениями о психической реальности, которая в лишь в определенной степени отражает объективную, но никогда ей не соответствует, а иногда может принимать и вот такие необычные формы. У меня после этого случая, безусловно, осталось чувство неудовлетворенности собой и было много

всяких размышлений, но это все уже не имело значения для моего пациента.

Когда человек читает роман, смотрит кино или пьесу, или даже просто фантазирует, он всегда в той или иной степени идентифицируется с одним из героев. Психоанализ вначале также нередко воспринимается пациентами как некий спектакль, где все — вроде бы и не по-настоящему. И в своем рассказе тот или иной пациент вначале может идентифицироваться с кем-то другим, а его собственная идентичность достаточно долго может оставаться недоступной для терапевта и даже вообще — неприкосновенной. Это случается не так часто, но все-таки бывает.

Читатель, естественно, скажет — это все-таки особый случай. А если в терапию приходит реальный убийца? Повторю еще раз: мы не прокуроры и не следователи, и любой, кто переступил порог нашего кабинета, это только пациент, нуждающийся в понимании и сочувствии. Однако в последнем варианте нужно сразу предупредить пациента, что, гарантируя ему безусловную конфиденциальность относительно прошлых событий, мы будем соблюдать это правило и рассматривать его как пациента только до тех пор, пока его намерения или действия не будут угрожать ему или другим людям[1].

Вам звонит близкий родственник пациента

Он хотел бы с вами переговорить. Раньше на этот счет было однозначно строгое правило: вы должны отказаться от любых контактов с ближайшим окружением пациента. Потом

[1] Здесь можно было бы провести некоторую аналогию с кодексом ведения боевых действий: вражеский солдат, который только что вел прицельный огонь по позициям противника, в случае ранения или контузии для врача любой из противостоящих сторон является только пациентом.

это правило несколько модифицировалось и сменилось более мягким подходом — вам нужно предварительно получить согласие пациента на такую беседу или встречу с его родными. Но в любом случае мы должны сразу информировать звонящего, что и об этом звонке, и о содержании разговора обязательно будет сообщено пациенту. Если последний даст согласие, терапевт может переговорить с его родителями, женой, взрослыми детьми или другими родственниками и даже сообщить им ту или иную информацию, но лишь ту, которую пациент посчитает целесообразным довести до них. В целом для таких контактов действует следующее правило: мы принимаем информацию о пациенте, но не даем информацию о нем другим. Мы с пониманием относимся к тревоге и интересам семьи, но стоим «на страже» интересов только одного человека — нашего пациента, даже если его терапию оплачивает кто-то другой и считает себя вправе требовать от нас отчета.

Чьими адвокатами мы являемся

Этот раздел будет продолжением предыдущего, поэтому сразу начнем с практического примера. Муж моей будущей пациентки позвонил мне и затем привел жену — интересную, но явно не слишком озабоченную тем, как она выглядит, женщину около 35. Пациентка производила впечатление человека, который находится в достаточно подавленном или даже депрессивном состоянии. Муж пациентки, в отличие от того, что увидел я при первой встрече, характеризовал ее состояние как бесконечные перепады настроения, что делало их совместную жизнь невыносимой. Учитывая, что, несмотря на это заявление, оба супруга на первой встрече подтвердили свою заинтересованность в сохранении брака,

мной было предложено им обоим обратиться к коллеге, которая специализировалась на семейной терапии и работала с парами. Однако муж отказался, мотивируя это тем, что он — совершенно здоров и терапия требуется только его жене. По мере проработки проблем пациентки (главными среди которых были низкая самооценка, склонность к зависимому поведению и депрессиям) ее состояние последовательно улучшалось (настроение стало более стабильным и неожиданно проявилась склонность к ироническому отношению к себе, мужу и ее браку). На фоне (по моим представлениям, что признавалось и пациенткой) вполне успешной терапии муж проявлял все больше тревоги в своих телефонных звонках и настойчивых расспросах не столько о состоянии жены, сколько о том, что и как мы делаем в терапии, я бы сказал — даже с некоторыми элементами ревности к терапевту. Естественно, что никакой информации ему не давалось и о каждом таком звонке сообщалось пациентке.

Через некоторое время моя клиентка, не обсуждая это предварительно со мной, сообщила, что приняла решение уйти от мужа (как она пояснила — «не к кому-то, а просто уйти»; «и не потому, что он какой-то не такой» — просто она его не любит). Я попросил ее не реализовать это решение слишком поспешно и обсудить его в процессе наших встреч, с чем она согласилась, но поставила условие — обсуждение будет длиться не более одного месяца. Это решение не изменилось. И к концу месяца пациентка приняла окончательное решение и одновременно предложила завершить наши терапевтические отношения (и в связи с ее удовлетворенностью, но не в последнюю очередь — по материальным соображениям, так как муж отказался оплачивать наши встречи). Мне пришлось затем несколько раз выслушать все возможные обвинения и

даже угрозы со стороны ее бывшего супруга, и мне был понятен его гнев, но моей пациенткой была только она.

Давать ли домашние задания?

Очень кратко. Если пациент мало говорит, но при этом спрашивает: «А что мне делать между сессиями?» — то можно порекомендовать ему подумать о своем прошлом и принести мне свои воспоминания. Если же пациент всегда приходит с «заготовками» сюжетов и рассказов, которые он обдумывал в течение 3-4 дней, нужно наоборот: попросить его не делать никаких заготовок к нашей следующей встрече и начать ее с того, что ему первым придет в голову, когда он сядет в кресло или ляжет на кушетку. В обоих случаях психодинамический процесс, который запускается уже на первых встречах, никогда не прекращается и мало зависит от наших рекомендаций, но мы всегда стараемся не допускать как излишней фиксации на терапии, так и отстраненного отношения к ней (говоря профессиональным языком — чрезмерной напряженности психодинамического процесса или его недостаточной интенсивности).

Нередкий вариант

Пациент приносит вам свои дневники (свои воспоминания, свои мемуары или свои стихи) и, как правило, в конце сессии просит: «Я хотел бы это оставить, чтобы вы почитали». — Конечно, его просьбу нужно удовлетворить («Хорошо, оставьте»), но вряд ли у вас имеется столько времени, чтобы перечитать это (у меня на столе однажды оказалось сразу около десятка 96 страничных тетрадей, исписанных мелким почерком). Обязательно пролистайте хотя бы немного из того, что вам доверили, а на следующей сессии спросите: «Вы хоте-

ли, чтобы я прочитал все это, но, думаю, будет лучше, если вы сами расскажете, а затем — мы обсудим это с вами». Первое: мы исходно не принимали обязательства прочитать, было только согласие оставить это у себя до следующей сессии. Второе, и это можно в доступной форме пояснить пациенту: когда это писалось, вас еще не было (в жизни пациента, и это писалось не для вас, а для кого-то другого), и там будет другой перенос. Кроме того, вы не знаете — в какой период жизни, даже если там стоят даты, и в каком состоянии это писалось, и таким образом можете получить неадекватную (неверифицируемую — по актуальному на тот момент состоянию пациента) информацию. Всегда лучше получать неотторгнутую ранее информацию и в «собственном исполнении» пациента. Если пациент продолжает настаивать, нужно попытаться на время отложить эту тему или сменить ее.

П.: Все-таки прочитайте. Здесь то, что я не смогу вам сказать!

Т.: Вы боитесь сказать, так как опасаетесь моей реакции?

П.: Да, немного боюсь.

Т.: А что я сделал или делаю такого, что внушает вам страх?

И т. д.

Если речь идет о стихах или мемуарах (независимо от того, представлены ли они в виде рукописи или печатного издания), даже если пациент предлагает вам прочитать несколько его любимых стихотворений или всего одну страницу из мемуаров, целесообразно сослаться на то, что вы не считаете себя сколько-нибудь достойным экспертом в области поэзии или истории описываемого периода, и вновь вернуться к идее о том, что лучше, если пациент расскажет это сам, и затем — просто обсуждать, как обычно. Но, естественно, в случае представления печатного издания нужно обязательно

отметить, что вы можете гордиться таким пациентом. Еще раз: никогда не забывайте демонстрировать свои лучшие (материнские) чувства и качества.

Пациент приносит подарок

Принимать ли его или нет? Десятки раз отвечал на этот вопрос: «Поступайте так, как вы сами считаете нужным, но всегда, независимо от вашего решения, обсуждайте и исследуйте». — Я, и как человек, и как терапевт, считаю необходимым принять подарок, так как знаю, что пациент принес не нечто, что уже давно мешало ему в квартире или на рабочем столе, а долго думал, искал и выбирал — что же мне подарить. Отказ от подарка будет во всех случаях обидным, а иногда даже оскорбительным для чувств пациента. Но, приняв подарок, это нужно обязательно исследовать: «Я получаю от вас плату за свою работу. Но вы решили дополнительно отблагодарить или поощрить меня? Я сделал что-то, заслуживающее дополнительной благодарности, или вы решили поощрить меня, чтобы я сделал для вас что-то еще (чего я не делал раньше)?» Пациент, естественно говорит, что это — просто подарок, просто так (или к 23 февраля, или к 8 Марта, или к Новому году), но и в этом случае нужно продолжать настаивать, чтобы были озвучены и осмыслены мотивы такой «дополнительной оплаты», а также содержательный смысл самого подарка[1]. Таким образом,

[1] Здесь можно было бы рассказать о смысле некоторых подарков, которые до сих пор хранятся у меня, но рецензент Ольга Павлова предоставила гораздо более интересный случай. Одна из ее пациенток преподнесла ей к Новому году кухонную доску для резки и нож. При расспросе пациентка вначале рационализировала свое «подношение» как вещь, полезную в хозяйстве. Однако при углубленном исследовании вопроса (в ситуации переноса) появилась качественно иная интерпретация. В фантазиях пациентки процесс анализа представлялся как некий вариант аборта, который ей делала аналитик (при этом доска и нож приобретали совсем другое содержательное наполнение),

мы не столько поощряем желание пациента делать подарки, сколько делаем этот процесс достаточно затруднительным для пациента, отчасти предотвращая бесконечную череду одариваний.

Склонность делать подарки наиболее характерна для доэдипальных пациентов с большим дефицитом идентичности (в некотором роде это дает нам дополнительный диагностический признак). Такие пациенты ощущают свою ценность только тогда, когда что-то делают для других (и в основе этого лежит мощное недоверие к тому, что к ним можно хорошо относиться просто так). Поэтому даже не получая никаких подарков, никогда не будет лишним при малейшем поводе и как можно чаще говорить такому пациенту, что вы очень цените его как самостоятельную личность и его успехи в терапии.

Тем не менее если стоимость подарка значительно превышает сумму оплаты каждой сессии, то нужно отнестись к этому вопросу более серьезно, в том числе — и к тому, можно ли вообще принять такой подарок. Терапевту никогда не стоит ни недооценивать, ни переоценивать себя, а слишком дорогой подарок (в этом смысле) может оказаться далеко за пределами терапевтических отношений, с одной стороны, обесценивая их, а с другой — разрушая терапевтические границы.

Пациент пытается обесценивать

Поясню один из вариантов обесценивания на кратком примере. Пациент заявляет: «Вам действительно нравится ваша работа?»

и затем открылась возможность для обсуждения неотрефлексированного и неоплаканного травматического события из относительно далекого прошлого пациентки.

Т.: А почему возник такой вопрос?

П.: Неужели может нравиться каждый день возиться с таким дерьмом?

Т.: У вас есть знакомые среди моих пациентов?

П.: А при чем здесь это?

Т.: Тогда получается, что под «дерьмом» вы подразумеваете себя?

П.: Естественно!

Т.: Я так о вас не думаю. А почему вы думаете о себе так плохо?

Во всех случаях мы не позволяем пациенту обесценивать ни терапевта, ни то, что мы делаем (терапию), ни его самого.

Пациент жалуется

Пациент приходит и жалуется. Проходит десять или двадцать сессий, а он все жалуется и жалуется — месяцы и годы. Относитесь к этому спокойно — это его способ межличностной коммуникации. Он или она делали это всю жизнь и пытались всех вовлечь в этот привычный для них способ коммуникации. Просто слушайте. Тем более что особенно помочь вы не можете, так как формирование реального трансфера у таких пациентов всегда остается сомнительным; сам способ такого поведения — сопротивление трансферу. Ни в коем случае не впадайте в чувство вины за то, что в жизни пациента все так плохо. Пациент, конечно, хотел бы, чтобы и вы из-за этого тоже мучились, но вы можете позволить себе только констатацию: «Да, и мне в вашей жизни не все нравится, но это же ваша жизнь». Такие пациенты чувствуют себя незначимыми, никому не интересными и никем не замечаемыми,

пока они не жалуются. Им нужен только слушатель, и они готовы за это платить (а если терапевт встанет на позицию всех, кому они уже бесконечно надоели своими жалобами и лишит их такой возможности, им будет еще хуже). Вполне нормальные пациенты.

Но это лишь первый и относительно поверхностный взгляд и подход, знание которого не будет лишним. С точки зрения современного психоанализа такой вариант взаимодействия пациента с терапевтом может интерпретироваться как направленный на то, чтобы «разоружить» аналитика, воспринимаемого исключительно как носителя некоего безусловного Супер-эго. Очень образно эту ситуацию характеризует фраза: «Здравствуйте, я пришел на прием к Супер-эго!» Используя тактику, которая изложена в первом абзаце этого раздела, мы будем лишь психологически поддерживать пациента, и поэтому параллельно нужно предпринимать некоторые попытки конфронтации пациента с его собственным материалом, прибегать к технике отзеркаливания и присоединения («Как вы только все это терпите! Да, все люди отвратительны!») и т. д., то есть — исследовать.

Страх, любовь и вина

Какое бы из этих чувств не проявилось в терапии, всегда нужно подумать о двух других, так как в большинстве случаев эта «триада» неразделима. Страх всегда сопровождает любые отношения близости и привязанности, а поводов для вины в эмоционально окрашенных отношениях всегда более чем достаточно. Снова обратимся к объяснению, заимствованному из детского психоанализа. В раннем детстве ребенок любит своих родителей, каковы бы они ни были, но эта любовь всегда соединена со страхом (например, страхом

потерять их любовь[1] или вообще потерять родителей или страхом наказания за те или иные шалости или проступки). Самостоятельной категорией в отношении этой триады и выраженности ее отдельных компонентов является дистанция. Поясним это дополнительно: когда родители далеко, любовь и тоска по ним всегда больше, а страх наказания меньше, даже за реальные проступки (в смысле: «Когда это еще будет, и будет ли?»). Поэтому избегание чего-либо (в том числе — тех или иных чувств) обычно сочетается с дистанцированием: ведь если родителей нет (рядом), нет и страха наказания (за свои реальные или мнимые прегрешения). Но эта идея у ребенка может очень легко трансформироваться в следующую: «Если родителей вообще не будет, то и наказания не будет», — что, естественно, тут же провоцирует чувство вины, даже если ребенок не довел это осмысление до «логического вывода» о том, что он вроде бы желает им смерти. Эти три чувства (любви, страха и вины) оказываются «сцепленными» еще на самых ранних стадиях развития и затем сохраняются в этой неразрывной связи на протяжении всей жизни. Поэтому появление в материале пациентов тех или иных составляющих этой триады всегда предполагает поиск двух недостающих.

Кроме того, между тремя этими компонентами существуют определенные прямые и обратные зависимости. Например,

---

[1] Думаю, многим специалистам приходилось встречаться со случаями, когда матери пациентов в раннем детстве наказывали их фразами: «Я тебя больше не люблю!» или «Если будешь так делать, я не буду тебя любить!» — Хотя и грех так говорить, но — с точки зрения будущей психопатологии — лучше бы они прибегали к физическим мерам воздействия на ребенка. В принципе такой же (психопатологизирующий) эффект оказывает склонность некоторых родителей ориентировать ребенка только на превосходные и выдающиеся достижение, а в результате ребенок и затем — взрослый считает себя не заслуживающим любви всякий раз, когда не соответствует этим невыполнимым ожиданиям. Даже такая «безобидная» фраза, адресованная ребенку (идущему в школу): «Мы ждем тебя только с пятерками!» — несет в себе еще один смысл: «Без пятерок тебя здесь вообще не ждут!».

чем меньше любви, тем больше страха, но может случаться и наоборот — и любви, и страха столько, что они полностью «затапливают» все остальные чувства пациента. Когда любовь была вообще не получена в достаточном количестве и качестве в том возрасте, когда потребность в ней особенно велика (весь допубертатный период), ее, возможно, никогда не удастся компенсировать (точно так же, как невозможно утолить голод взрослого, предлагая ему бутылочку с материнским молоком), и в этом случае компенсация может происходить только за счет страха или вины. Вероятно, кому-то эти «отвлеченные» рассуждения покажутся слишком туманными, но когда они проецируются на практику, многое становится яснее.

Все сказанное выше относится преимущественно к типичным жизненным ситуациям. Когда человек приходит в терапию, ситуация обычно достаточно скоро (в течение нескольких месяцев) качественно меняется. Хотя пациент и пересматривает свои отношения и психические травмы далекого прошлого, вновь переживает фрустрацию и даже злобу за свою детскую беспомощность и беззащитность, он не перестает любить своих родителей, но его чувства к ним лишаются негативного аффекта и становятся более адекватными, открывая возможность для реального личностного роста.

Предназначение психоанализа

Это метафорическое сравнение не принадлежит мне, а заимствовано у британского аналитика доктора Джейн Хейнц, и оно мне очень нравится.

Большинство людей, которым приходилось выбрасывать старые или еще не очень старые, но уже ненужные вещи в хорошем состоянии, обычно делают это с неким шиком,

или — во всяком случае — им приятно: а видят ли окружающие, с какой легкостью и даже небрежностью эта еще вполне приличная шубка или даже фортепиано оставляются рядом с мусорным контейнером? Аналогично и отношение большинства людей к уже ненужным им чувствам, о которых они спокойно рассказывают кому угодно, и в этом случае — это не наши клиенты. Но есть и такие вещи (и вне и внутри нас), избавление от которых, в силу ограничений, налагаемых культурой, не предполагает публичности, более того, избегаются даже намеки на то, что они когда-то нам принадлежали. Здесь уже не до шикарных жестов и публики. Психоанализ существует как раз для таких ситуаций.

Пациент не хочет уходить

Речь идет о двух вариантах. Вы уверены, что терапия завершена, и завершена успешно, и вы больше ничего не можете сделать для пациента, а он уже давно вполне самостоятельная личность. Вы объясняете это пациенту, он соглашается с вами и все равно не уходит. Это его право. Вы нужны ему. Только не стоит допускать ошибки и предлагать пациенту перейти (со временем) от терапевтических к дружеским отношениям, ибо вы нужны ему именно в своем профессиональным качестве.

Другой вариант качественно иной: время очередной встречи давно истекло, а пациент, несмотря на ваши неоднократные напоминания, не хочет слышать об этом и продолжает говорить (а возможно, даже плакать). Нужно еще раз повторить пациенту, что время вашей встречи истекло, и, сославшись на то, что есть такая необходимость (в связи с тем или иным поводом), выйти из кабинета. А затем, естественно, обсуждать такой вариант нарушения сеттинга (за

которым нередко скрывается желание быть единственным вашим пациентам, завладеть вами единолично и полностью, и не допускать к вам никого другого). Соблюдение сеттинга в данном случае является также еще и способом формирования внутренней дисциплины чувств.

Терапевт, который не успешен в личной жизни

И на супервизиях, и в быту не раз приходилось встречаться с таким вопросом, сформулированным в самых различных вариантах: «Имею ли я право быть семейным терапевтом, если у меня уже два развода? Как я могу помочь этой матери в ее сложных отношениях с сыном, если и у меня с моим сыном они также далеко не простые?» и т. д., и т. п. Во-первых, по сравнению с вашими пациентами у вас есть определенный опыт (негативный вариант которого не менее ценен) и вы много думали, много переживали и пытались осмысливать эту проблему — и как человек, и как профессионал. А во-вторых, преподаватели пения не так уж часто сами выходят на сцену и уж совсем редко относятся к выдающимся певцам. Но они любят свою профессию и живут своими учениками — прежде всего их успехами, которые им самим по тем или иным причинам оказались недоступными. Почему психоаналитик не может жить своими пациентами?

Отбор пациентов

У каждого терапевта есть свои любимые пациенты и любимые (или наиболее часто встречающиеся именно у них) формы психических расстройств. Не раз приходилось замечать, как каким-то «шестым чувством» депрессивный пациент выбирает терапевта, которому это состояние знакомо не понаслышке, а демонстративный или нарциссический таким

же образом находит своего аналитика по тому же принципу «подобия». Существует распространенная даже в профессиональной среде иллюзия, что в процессе личного анализа и профессионального тренинга все или большая часть комплексов и индивидуальных особенностей терапевта прорабатывается и даже исчезает. Это, конечно, заблуждение — они остаются, но становятся контролируемыми, а насколько контролируемыми — зависит уже от качества профессиональной подготовки вашего аналитика.

Существует еще одна иллюзия, что это мы выбираем пациентов, на самом деле — это они выбирают нас. А наше решение появляется только на стадии прихода пациента, и здесь начинают работать не только психологические, но и совершенно другие факторы, о которых вроде бы уже упоминалось, но чтобы ни у кого не было обиды, адресую их к себе: моя занятость и моя жадность. Если моя практика и мое рабочее время заполнены до отказа, я могу называть любую сумму гонорара[1], в надежде, что пациент откажется (и предпочтет отправиться к другому коллеге), так как я должен всегда помнить — я не Бог и мои силы небезграничны[2]. Если пациент настаивает на своем желании работать именно со мной, а свободных часов у меня совсем нет, я предлагаю ему ждать. Некоторые ждут по году. Это нормально, особенно если принять еще одну мою бесконечную убежденность, что, в отличие от острых соматических состояний в медицине, никто не бывает настольно «болен», чтобы настаивать на

---

[1] Мне известен один курьезный случай, когда начинающий терапевт, обсуждая возможность совместной работы со своим первым пациентом, в ответ на предупреждение о том, известно ли ему, что это стоит достаточно дорого и иногда требует достаточно много времени, пациент тут же спросил: «Триста долларов за сессию вас устроит?».

[2] Но иногда случается, что удвоение гонорара «прибавляет» сил и для пациента находится дополнительное время за пределами обычных часов практики, в ущерб отдыху или другим занятиям.

немедленном оказании ему квалифицированной психологический помощи. Только не нужно это путать с первичной психологической помощью при острых индивидуальных или массовых психических травмах, для оказания которой существует особая группа специалистов (и эта помощь обычно оказывается без оплаты, что разумно и справедливо).

Заключение

Начало терапии

Начало терапии — это очень существенный момент в жизни двух людей. Для пациента — это конец той жизни, которую он вел (или даже влачил) до этого. И уже характер первого взаимодействия пациента и терапевта дает прогноз на весь последующий период их совместной работы и успех терапии.

Человек, который с тревогой и даже трепетом входит в ваш кабинет, тем не менее в начале выступает не в качестве пациента, а, как уже отмечалось, в качестве эксперта, который, глядя на аналитика, оценивает: «А может ли этот человек помочь мне? Могу ли я вообще доверять ему? Достаточно ли он умен и порядочен?». И так далее. Такие страхи особенно характерны для тех, кто уже «пообщался» с нашими недостаточно квалифицированными коллегами или психиатрами (ошибочно рассчитывая на их внимание к сугубо психологическим проблемам, и здесь нет никакой вины психиатров, так как они занимаются совсем другими вопросами). В последнее время иногда пациенты появляются у нас по рекомендации психиатров, и это качественно меняет наши отношения с этой смежной специальностью. Сразу отмечу, что мы никогда не

ставим нашим пациентам психиатрический диагноз[1] и даже не интересуемся им, если он известен нам «понаслышке» или пациент сам сообщает, что только что выписался из «психушки».

Для самого аналитика на первой встрече, как правило, характерны две амбивалентные тенденции: (1) желание демонстрации эмпатии и сближения; и одновременно осознанная потребность сохранить дистанцию; (2) желание понять пациента и помочь ему, и тревога — а вдруг не смогу. Об этих чувствах редко говорят, но они присущи всем, и в той или иной степени — на любом этапе профессионального становления, которое никогда не завершается.

Практически все терапевты назначают предварительную встречу, но мало кто четко формулирует ее цели и задачи, сводя их иногда лишь к доведению до пациента и обсуждению общих правил и принципов терапии. А это лишь один из аспектов, который здесь будет повторен еще раз, наряду с тремя другими. Можно было бы сформулировать и больше, но ограничимся только перечислением главных задач, которые включают:

1) выбор стиля и способа общения с пациентом, при котором будут наиболее открыто проявляться его чувства и можно будет предварительно оценить состояние его сознания и бессознательного, а также доступность этого бессознательного для анализа;
2) получение представлений о внутреннем мире пациента на основе предварительного расспроса о его жизни в прошлом и настоящем и на основании демонстрируемого им уровня образования, культуры, способности понимать

[1] Достаточно пространное обоснование этого мной изложено в другой книге «Психическое расстройство» — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008.

психологическую природу его страдания, а также — на основании его отношения к терапевту;

3) уже неоднократно упомянутое открытое обсуждение с пациентом сеттинга и наиболее общих правил проведения терапии, которые должны устраивать обе стороны (все последующие правила, как уже отмечалось, будут как бы заново и совместно вырабатываться в каждом конкретном случае, по прецеденту);
4) оценку всех предшествующих обращений к врачам, психиатрам и психотерапевтам (которые пациент захочет озвучить), и к другим специалистам и представителям «альтернативной волны».

Эти задачи решаются с помощью нескольких ключевых вопросов, которые задаются не столько пациенту, сколько аналитиком — самому себе:

1. Почему этот человек здесь? Почему он нуждается в терапии?
2. Что думал или из чего исходил тот, кто направил (или привел) его ко мне? (Как известно, нередко родители и близкие исходят из своих проблем, а не из проблем пациента.)
3. Как пациент себя чувствует здесь (комфортно ли ему, заинтересован ли он в терапии, какова его мотивация и т. д.)?
4. Какие чувства вызывает пациент у меня и какое воздействие он оказывает на меня (то есть, личность терапевта в данном случае используется как некий «тест-объект», и в ряде случаев уместно прямо «по пунктам» протестировать на себе: «Ощущаю ли я тревогу или чувствую себя достаточно комфортно с этим человеком? Нравится ли мне мой будущий пациент или нет? Наводит ли он на меня тоску или вызывает заинтересованность? Не прово-

цирует ли его присутствие у меня каких-либо неприятных физиологических ощущений, например, головную боль и т. д.)? Как уже упоминалось, мы не можем помочь всем желающим, и всегда нужно думать не только о пациенте, но и сохранении собственного здоровья и работоспособности: заниматься терапией одного пациента в ущерб себе и десятку других — совершенно недопустимо.

5. Попытаться прояснить (хотя бы в первом приближении), каковы типичные защиты пациента и насколько они ригидны, так как отсюда вытекает решение в целом — подходит ли пациент для терапии или нет.
6. Каковы проблемы пациента, относятся ли они к межличностным или внутриличностным, как они связаны с его детством и как влияют на его отношение к себе и к жизни во всех ее проявлениях?
7. Насколько психологически мыслящим (и вообще — духовно ориентированным) является пациент и как он реагирует на вопросы и те или иные (в этом случае — обычно косвенные) интерпретации?
8. Достаточно ли у пациента сил и внутренних ресурсов, чтобы выдержать длительную и, возможно, достаточно болезненную (на каком-то этапе) терапию?
9. Достаточно ли у него средств для проведения длительной терапии?
10. Склонен ли пациент к срывам или к наращиванию Эго? Если были срывы — каковы типичные формы их проявлений (наркомания, алкоголь и т. д.)?
11. Какова природа его защит: паранойяльная, депрессивная, шизоидная или истерическая?
12. Почему пациент обратился именно к этому виду терапии?
13. Каков круг общения пациента в повседневной жизни?

14. Достаточно ли моих сил и навыков для работы именно с этим пациентом и с теми проблемами, которые он обозначает в предварительной беседе?
15. Есть ли у меня резерв времени для работы с этим пациентом и хочу ли я с ним работать?

Это, конечно, не весь перечень, и в целом — в этой книге изложено далеко не все, что надо знать о начале терапии[1]. Но у каждой книги есть начало и конец, в отличие от познания, которое бесконечно. Что-то будет дополнено, что-то, возможно, повторится, а что-то будет впервые описано во второй части книги. Но автор хотел бы заранее попросить читателя не воспринимать все это как руководство к действию или догму — это лишь один из множества опытов, который каждый волен воспринимать или не воспринимать, использовать или не использовать, модифицировать или исходно отвергать.

Психоанализ не в последнюю очередь ценен тем, что ничего не диктует и не предлагает в качестве установленного раз и навсегда. Это преимущество, как представляется, нам удалось реализовать и в самом подходе к развитию современного российского психоанализа. Если же мы начнем подчиняться неким догмам, восхвалять признанных авторитетов или почитать очередных кумиров, то чем же мы тогда будем отличаться от невротиков с их извращенными защитами, вытеснениями и проекциями?

В заключение хотел бы выразить самую искреннюю благодарность моим рецензентам, которые немало поспособствовали тому, чтобы эта книга стала более содержательной. Мной были учтены почти все их замечания и часть

[1] Тем, кто имеет психоаналитическую подготовку и заинтересован в углубленном изучении этого вопроса, можно рекомендовать двухтомное издание: Кейсмент, П. Обучаясь у пациента. Алматы: 2005.

пожеланий, которые не противоречили авторскому замыслу книги.

Один из рецензентов назвал эту работу «психотерапевтической коллекцией». Надеюсь, она будет пополняться новыми «экспонатами» и через несколько лет можно будет представить читателю ее новую версию.

Петербург — Гераклион
1997–2008

Часть 2
Статьи

Психоанализ — без интерпретаций?[1]

В этой статье предпринимается попытка обсудить с профессиональным читателем то, как может модифицироваться «метод свободных ассоциаций» и позиция терапевта в аналитической ситуации. Постараюсь сформулировать эти идеи максимально кратко и упрощенно.

В классическом психоанализе под свободными ассоциациями понимается ничем не сдерживаемое, свободное выражение мыслей, чувств и желаний пациента, что обычно обозначается как «спонтанная речь», так как только в этом случае (при достаточной теоретической и практической подготовке терапевта) можно выявить «заблокированные» конфликты и проблемы. Аналитик при этом на протяжении достаточно длительного периода времени выступает в роли задающего вопросы и «умело направляющего» вербальную активность пациента. А затем — когда уже сформировались определенные представления о причине внутриличностного или межличностного конфликта, аналитик начинает проработку вербализованного материала и интерпретацию бессознательного, чтобы, постепенно преодолевая сопротивление

---

[1] Впервые опубликовано в книге: Элементарный психоанализ. — СПб.: Восточно-Европейский Институт психоанализа, 2001. — С. 128.

пациента, «сделать бессознательное сознательным». Это, конечно, очень схематично, но... Главное здесь, на что хотелось бы обратить внимание, — это особая позиция интерпретатора, которая фактически ставит аналитика в положение более знающего, более понимающего, более глубоко мыслящего, а пациенту отводит роль апеллирующего к последнему, а затем — внимающего и обучаемого. Этот же стереотип органически присутствует практически во всех методах психотерапии: пациент говорит или ассоциирует — терапевт задает вопросы и затем высказывает суждения или интерпретирует. То есть учит...

Как мне представляется, такое распределение ролей (во многих случаях достаточно эффективное) имеет множество недостатков. И в последние годы мной осознанно избегается такое построение терапевтического «сценария» и «сюжета», при этом используются три основных правила. Первое: «Не стимулировать ничего, кроме собственного материала пациента». Постараюсь пояснить это на кратком примере.

Мой супервизант, докладывая очередную сессию своей пациентки, передает дословно, что было сказано последней и как он реагировал на это. В частности (я приведу для демонстрации всего две фразы), пациентка говорит: «Когда мой сын болен (сын женат и живет отдельно. — *М. Р.*), я не могу заниматься сексом». Аналитик спрашивает: «А как к этому относится ваш муж?»

С точки зрения сформулированного выше правила, это ошибка, которая допустима в случае обычной заинтересованной беседы, но не психоанализа. Мы не беседуем с пациентом, мы *исследуем* его проблемы, его бессознательное и его речь, в которой и первое, и второе (но — чаще всего — неявно) манифестируется. Поэтому психоанализ не имеет ничего общего с обычной беседой, кроме того, что и там и здесь используются

слова. Позволю себе еще одно образное сравнение: мы все умеем пользоваться ножом, скальпель — это тоже вариант ножа, и им также можно воспользоваться в бытовых целях. Но возьмет ли на себя смелость умеющий пользоваться ножом или скальпелем на бытовом уровне оперировать, например, мозг человека, который устроен намного проще, чем психика? То, чему труднее всего научиться будущему терапевту — умение постоянно анализировать. Не что́ говорит пациент, а как он говорит и почему он говорит именно об этом? Это имеет принципиальное отличие от всем хорошо знакомого навыка обыденной речи, и представление об аналитике, дремлющем в кресле у изголовья пациента, не имеет ничего общего с его сверхдетерминированным интеллектуальным и эмоциональным напряжением.

Вернемся к примеру из супервизии. Пациентка ничего не говорила о муже. И одним из возможных (адекватных неявному ходу мысли пациентки) вариантов вопроса мог бы быть: «А как связаны ваш сын и ваш секс?». Даже если бы эти два тезиса (о болезни сына и «синхронном» отказе от секса) были в разных частях сессии, аналитик должен их заметить и предъявить пациенту это «случайное» совпадение («конфронтируя» последнего, таким образом, с самим собой и предлагая ему самому найти объяснение этому).

Еще несколько примечаний. Любой вопрос всегда личностно обусловлен и частично содержит в себе тот или иной вариант ответа или перечень возможных ответов, которые предполагаются спрашивающим. Но у пациента, у его сознания и бессознательного мог быть совершенно иной «поворот» мысли, и задавая неуместный вопрос, мы прерываем цепь его непредсказуемых (ибо у него может быть принципиально иной опыт) и гораздо более важных для него и терапевтического процесса в целом (чем наш обычный человеческий

интерес) ассоциаций. Поэтому вопросы должны быть максимально обезличены и иметь самую минимальную прогностическую (в отношении ответа) составляющую.

Второе правило покажется читателю, скорее всего, достаточно странным. В самом простом виде я бы сформулировал его так: «Хороший аналитик — это предельно тупой аналитик». Если немного расширить этот тезис, то следовало бы добавить, что хороший аналитик (в рамках предлагаемого подхода) — это тот, кто не дает интерпретаций и не демонстрирует своих высокоинтеллектуальных качеств и познаний, а способен (в том числе своим молчанием и «хроническим непониманием»), повторюсь еще раз, побуждать пациента самого делать интерпретации, предъявлять их себе и аналитику, самому принимать или отвергать их. В этой ситуации в роли «знающего лучше» и «понимающего больше» оказывается уже не аналитик, а пациент, и именно здесь скрыты огромные резервы для его личностного роста и установления контакта с собственным бессознательным.

Третье правило общеизвестно, но нередко в «интерпретаторском порыве» о нем забывают: продвигаться в терапии нужно с той скоростью, которая возможна и приемлема для пациента, чтобы минимизировать неизбежную болезненность его обращения к вытесненному материалу, интенсивность которой может быть эквивалентна или даже идентична ощущениям насильственного вторжения (в любых воображаемых читателем вариантах).

Эта специфика и определенные недостатки обращения к классическому методу интерпретации подчеркивалась многими авторитетными авторами, которые, как мне представляется, иногда делали это бессознательно, даже не замечая негативный смысл, вкладываемый в его описание. Так, Х. Томэ (1996), обращаясь к теме и технике интерпретации,

пишет: «В соответствии с ходом *своей мысли* [здесь и далее курсив мой. — *М. Р.*] я обратился к одному из предыдущих сновидений, в котором она танцевала и демонстрировала себя на людях... Это было стопроцентное *попадание*, и (со стороны пациентки) не последовало никаких “но”»...[1].

Думаю, что проницательный читатель уже заметил, но стоит еще раз обратить внимание, что автор пишет о ходе «своей мысли», а не пациентки, у которой этот «ход» мог быть принципиально иным, и далее говорит о «попадании», а значит, мог быть и «промах».

В другом месте тот же автор говорит: «Я интерпретировал это в том смысле, что, по ее мнению, она не может быть этой женщиной... Пациентка уловила эту мысль»[2]. Я думаю, эту красноречивую конструкцию (типа: «Он думал, что я думаю, он думает...») можно было бы оставить без комментариев, но все же приведем их: аналитик думает за пациентку, выдает свое мнение за ее, а последней отводится роль «улавливающей», «принимающей» или «непринимающей», при этом последнее, как показывает практический опыт, — при достаточно авторитетном аналитике и наличии сформировавшегося переноса — имеет гораздо меньшую вероятность.

Отто Кернберг (1998), обращаясь к той же теме интерпретации в процессе работы с инфантильными личностями, отмечает, что «...все попытки по конструкции или реконструкции заканчивались путаницей или ощущением, что я участвую в стерильном интеллектуальном упражнении»[3]. В процессе своей (далеко не безупречной) практики и супервизий случаев

---

[1] Томэ, Х., Кэхеле, Х. Современный психоанализ. Практика. — М.: Прогресс-Литера, 1996. — С. 495; 498.

[2] Там же.

[3] Кернберг, О. Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. — М.: Класс, 1998. — С. 184.

других специалистов мне приходилось сталкиваться с подобными «интерпретаторскими тупиками» неоднократно.

Сходные идеи (с той или иной косвенной критикой интерпретаций) высказывали Петер Куттер, Динора Пайнз и другие авторы.

В частности, Петер Куттер отмечал, что интерпретация дается «психоаналитиком в соответствии с общими для всех людей закономерностями...». Но мы ведь хорошо знаем, как вариативно это «общее». Кстати, в этой же книге Петер Куттер подчеркивает, что «процессы, протекающие в психике аналитика, стремящегося прийти к верному толкованию, изучены мало»[1].

Динора Пайнз также особо указывала, что мы должны «осознавать, что мы проецируем на пациента», и далее: «Сколь сильно ни желали бы мы оставаться в нейтральной позиции... мы должны признать, что мы не нейтральные складские помещения и что нам постоянно нужно осознавать границу между чувствами и установками наших пациентов и нашими собственными»[2].

Как мне представляется, интерпретации были абсолютно необходимы на первом этапе развития психоанализа. Но сейчас, когда он органически имплицирован в культуру, а фразы типа «...Не слишком ли ты сублимируешь?», «...Это проекция», «...Она (он) слишком с ним идентифицируется», «...Тебе следовало бы давно сепарироваться от своей матери», «...Я бы не стал так уж вытеснять эту возможность» и т. д. — стали достоянием обыденной речи, а об Эдиповом комплексе «квалифицированно» судачат даже школьники,

[1] Куттер, П. Современный психоанализ. — СПб.: БСК, 1997. — С. 263–264.

[2] Пайнз, Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. — СПб.: ВЕИП, 1997. — С. 33.

классический метод интерпретаций нередко провоцирует не столько инсайт, сколько раздражение пациента.

Здесь уместно напомнить, что еще Фрейд, безусловный автор и приверженец идеи интерпретаций, отмечал, что терапия должна «не вызывать неприязни у больного», а сам анализ и интерпретации именовал «чем-то вроде *довоспитания*» пациента, однако делая при этом оговорку, что «есть все-таки опасность, что влияние на пациента ставит под сомнение объективную достоверность наших данных» (позволю себе добавить — и интерпретаций. — *М. Р.*). Далее Фрейд отмечает: «Несоответствующие предположения врача отпадают в процессе анализа, от них следует отказаться и заменить более правильными»[1]. То есть речь идет о методе «проб и ошибок», каждая из которых — и мы это знаем — может быть фатальной (в лучшем случае — для терапии).

Исходя из вышеизложенного, предлагаемый нами прием предполагает практически полный отказ от метода «проб и ошибок», и в первую очередь направлен на снижение влияния аналитика на пациента и, соответственно, искажения объективных данных. То есть он ориентирован не столько на «довоспитание», сколько на самопонимание и самовоспитание пациента. Кроме того, для начинающего специалиста такой подход (отказ от интерпретаций) в гораздо большей степени гарантирует следование основополагающему принципу любой терапии: «Не навреди!».

Повторю еще раз: в рамках предлагаемого подхода — и ассоциации, и их интерпретация предоставляются пациенту. А аналитик не столько «терапевтирует», сколько исследует.

После такого краткого и, как мне кажется, не очень убедительного вступления (но статья и не предполагала

---

[1] Фрейд, З. Введение в психоанализ. Лекции. — М.: Наука, 1991. — С. 287–289.

какого-то значительного теоретического осмысления) попытаюсь продемонстрировать обозначенные выше положения на конкретном примере.

Моя пациентка — эффектная, прекрасно сложенная брюнетка 44-х лет, одна из совладельцев и руководителей частной фирмы. Первоначально причина ее обращения ко мне была сформулирована предельно просто: она недавно прочитала книгу Эрика Берна, еще что-то о психоанализе, но не удовлетворилась этим и хотела бы «найти истину». В процессе первой встречи она также отметила, что есть вещи, которых она не принимает в психоанализе, в частности всякую ерунду о сексе, Эдиповом комплексе и т. д. Она замужем, у нее двое взрослых детей (сын и дочь), которые живут отдельно (она особенно акцентировала: «Я сделала все, чтобы они жили отдельно!»). Ее отец умер около 20 лет назад, мать жива.

В процессе последующих сессий проблемы пациентки приобрели более ясные очертания: периодические состояния депрессии, страх, что ее в чем-то обвинят, что все окружающие мужчины (включая сына) думают, что она их соблазняет (но ей «вообще никого нельзя соблазнять»), неудовлетворенность браком и своей сексуальной жизнью, трудности в установлении контактов (особенно — с женщинами), отвращение к косметике и ряду других атрибутов женственности (включая кольца, серьги, юбки), ощущение, что «внутри нее есть какая-то червоточина», что в 15 лет она как будто «потеряла резвость» и «тело стало не ее». Характерные фразы: «Мне нужно не только делать вид, что я не хочу нравиться мужчинам, а действовать так, чтобы действительно им не нравиться». «Я не могу сказать, что в брюках я себя чувствую меньше женщиной, но платье к чему-то обязывает». «Мне так неприятно, что это моя мать меня родила, я ненавижу себя за то, что сосала ее грудь!». «Я не могу любить!».

При огромном разнообразии материала 153-х сессий практически на каждой пациентка, так или иначе, обращается к предельно идеализированному образу отца: «У него были представления о добродетели, и я — по его мнению — не могу их нарушить уже потому, что я — его дочь, его часть, он не воспринимал меня как самостоятельную личность». «Моей заветной мечтой было умереть вместе с папой». «Он был такой честный, правильный, не то что я... [А вы?] Я грязная, порочная... [Да?] Знаете, кем бы я хотела быть? [Кем?] Помойной кошкой. Найти вонючую рыбью голову в грязном баке и грызть ее... Быть самой собой...»

Образ отца был всегда инцестуозно окрашенным, но пациентка на протяжении длительного (почти двухлетнего) периода ни разу не озвучила это чувство. Естественно, что мною эта тема также не затрагивалась. Несколько раз она задавалась вопросом: «А зачем я вообще к вам хожу?». Я возвращал ей вопрос: «Действительно, зачем?». Ответом, как правило, было: «Я не знаю. Но зачем-то мне это нужно».

В ее переносе я — тоже отец, и периодически она ведет себя соблазняюще, но гораздо чаще ее отношение ко мне окрашено тщательно скрываемой агрессией. Каждая наша встреча начинается с ее желания «не говорить ни о чем», и мне все время приходится стимулировать ее вербальную активность.

К описываемому ниже периоду мы работаем с ней уже три года, при этом в связи с ее частыми командировками и поездками аналитический сеттинг сильно варьирует: от одной-двух сессий в месяц до пяти в неделю.

И теперь две сессии. Вначале 151-я (внеочередная, в дневное время).

П.: Я шла и ругалась: какое неудобное время!

А.: Почему было не обсудить это в прошлый раз?

П.: Я думала, Вам так удобнее.

А.: Мы договаривались все обсуждать...

П.: Хо-ро-шо... Я помню... Ну вот... Я все сказала...

А.: Впереди — еще час.

П.: ...Что это за свеча у вас в шкафу?

А.: Подарок.

П.: Чтобы Вы не угасли?

А.: Почему такая ассоциация?

П.: А есть другие?

А.: Масса.

П.: Да? Но я чувствую так... Угасание, смерть, страх.

А.: Чего-то боитесь?

П.: Угасания, смерти.

А.: А кто не боится?

П.: Раньше я думала, все боятся, а сейчас нет. Это связано с завистью и жадностью. Щедрый — не боится.

А.: А Вы?

П.: Этот страх разный. Когда я раньше думала о папе... Как это будет? Сейчас думаю: как мои дети будут говорить? И будут ли?

А.: Сомневаетесь?

П.: Нет. Будут.

А.: Что?

П.: Не знаю... У меня что-то изменилось. Я сейчас по-другому ощущаю... папу. Это время ближе и мое. Раньше думала, как будто это было с кем-то другим. А теперь понимаю — со мной. И когда я смотрю на свои детские фото, возникает чувство узнавания. И очень приятное... Возникло ощущение, что Вы меня изучаете (*привстает на кушетке и оглядывается*).

А.: Зачем?

П.: Чтобы отобрать?

А.: Что?

П.: Что-то...

А.: Я уже делал так?

П.: Нет. Но чувство такое есть.

А.: Мы уже говорили об этом: я — не изучаю, мы — вместе исследуем и пытаемся понять, и только в ваших интересах, и только то, что Вы хотите.

П.: Но я не должна доверяться. Иначе могут украсть... Есть какие-то ценности, о которых не подозреваешь... Знаете, как старушка: продает картину по дешевке, а оценщик знает, что она дорогая, но виду не подает, и тут старушка догадывается...

А.: Я могу подтвердить, что эта «картина» — ваша, и она — бесценна. Все, что я способен сделать, это только направить на нее свет, обратить внимание на возможное прочтение сюжета или детали, которых Вы, возможно, не замечали.

П.: Но это еще и опасно.

А.: Что?

П.: Говорить о себе.

А.: Почему?

П.: ...Что-то откроешь, а оно взорвется...

А.: Что — оно? (*этот мой вопрос, возможно, был излишен, так как пациентка сама продолжает цепь ассоциаций*).

П.: ...Или выйдет и не вернется.

А.: А может быть, стоит выпустить? Пусть выходит.

П.: Это не-воз-мож-но... О себе нельзя говорить.

А.: А о ком мы говорим?

П.: А-а-х...Го-во-рим, но как-то не так...

А.: А как надо?

П.: Внутри меня ничего нет. Как в «Маске Красной Смерти»... И часы эбенового дерева... Я не то говорю, но... У меня ощущение, что я... — где-то, и ко мне подходит мужчина, и что-то там начинает... А я сразу: нет!

А.: Как это можно было бы связать: под маской ничего нет и мужчине: «Нет»?
П.: Да, что-то есть...
А.: Вы — в маске?
П.: Конечно!
А.: А если снимете?
П.: Все умрут...
А.: Под маской что-то ужасное?
П.: Да. Все... Точнее — я умру, и все умрут для меня... ...
А.: То, к чему подходит мужчина и где — ничего нет. Это кто?
П.: Женщина, естественно.
А.: А он может ее найти?
П.: Нет, конечно. Меня даже удивляет, что он ее надеется найти!
А.: А если он ее найдет?
П.: Это какой-то... м-м-м, вопрос...
А.: Какой?
П.: Бессмысленный. Это все равно, что надеяться выиграть в лотерею. Думать: а вдруг я выиграю? Эту вероятность можно рассчитать, но она не имеет никакого значения... Я никогда не играла, и не верю в выигрыши...
А.: Мы говорим о мужчине?
П.: Да.
А.: И чтобы выиграть, то есть — найти женщину, ему должно сильно повезти? Значит, она там все-таки есть?
П.: Мне стало как-то не по себе... Как будто Вы посягаете...
А.: На женщину или на идею... что ее там нет?
П.: И на то и на другое. И мы с Вами соперничаем...
А.: За что?
П.: За что-то важное для нас обоих. Но оно — только одно. Неделимое.

А.: Если Вы скажете — за что (мы соперничаем), я отдам это Вам. Все.

П.: Я не знаю — что? Но... Вы — не отдадите.

А.: Но, хотя бы примерно, что?

П.: Это связано... связано... связано с... превосходством[1].

А.: Превосходством... И чем-то еще, почему это так болезненно? Почему Вы никому не хотите это отдать?

П.: Боль... Боль... У-у, как странно Вы говорите. Не знаю... Не знаю... Как-то... Как-то... Когда кто-то ко мне приближается — это покушение на мою боль...

А.: Я не хочу причинить Вам боль... Мы можем сменить тему...

П.: ...Здесь есть что-то оскорбительное... Он покушается... не видя эту боль...

А.: Кто он?

П.: .... (*без ответа*)

А.: Мы начали с попыток флирта со стороны какого-то мужчины и пришли каким-то образом к тому, что он покушается на вашу боль... Ваша сексуальность, ваша женственность — это что-то болезненное?

П.: Да... И это большой секрет... Как в рассказе, помните: мальчик предлагает девочке покататься на велосипеде, а она — не умеет, но говорит: «Я не хочу»... — Зачем об этом говорить?...

---

[1] Мой французский коллега д-р Александр Непомнящий в процессе супервизии этого случая указал мне, что я уклонился от обсуждения темы «зависти к пенису». И он был, безусловно, прав — с его точки зрения. Я же неоднократно убеждался, что такое «предъявляемое в лоб» классическое истолкование чаще всего оказывается малоприемлемым для российского пациента. При всей всемирно известной склонности русских к неформальной лексике, наши пациенты чрезвычайно стыдливы в вопросах генитальности, и от психотерапевта всегда требуется особая деликатность при соприкосновении с этой темой. Я остался при своем мнении, тем более что, как читатель увидит далее, метафорический и реальный смысл в конечном итоге соединились в инсайте пациентки.

А.: Вы хотите сказать, что женщина с более чем 20-летним супружеским стажем и мать двоих детей не умеет... «кататься на велосипеде»?

П.: Х-м...

А.: Что Вы не умеете?

П.: Предположим... Не знаю... Я бы никогда не смогла вступить в сексуальные отношения с человеком, который мне нравится...

А.: Откуда такой запрет?

П.: Не знаю... Считается, что я — верная жена и люблю мужа. Хотя он мне и не нравится. Но если мне мужчина нравится... это — просто невозможно...

А.: Невозможно...

П.: Вдруг возникла мысль: а о ком это я вообще говорю? Нет никакого конкретного мужчины.

А.: Действительно, о ком?

П.: Не знаю. Какое-то приближение к невозможности...

А.: Очень интересное выражение: «приближение к невозможности».

П.: Да. Гипотетически... если бы это было... это — невозможно... Я подумала об отце, но это не отец... Я помню, что соперничала с мамой, за любовь... но телесно — нет.

А.: Мне почему-то вновь пришла в голову ваша фраза о «велосипеде»...

П.: Это о сексе?

А.: Может быть.

П.: Тогда — да. Вы правы.

А.: В чем?

П.: Я как бы запрещаю себе...

А.: Что?

П.: Получать удовольствие от секса...

А.: Почему?

П.: Как только за мной начинают ухаживать, у меня возникает жуткое ощущение скуки... Вдруг вспомнила, как я ходила с папой на футбол. Он был страстный болельщик. Но сам футбол — это такая скука. Но я всегда соглашалась с ним пойти... Мама не ходила...

А.: Только Вы и он?

П.: Да... Я понимаю... Но я не согласна, что это как-то связано: секс и скука.

А.: Разве я сказал, что это связано?

П.: Нет, не говорили, но это так... подразумевалось...

А.: Что-то в этом есть: ваши ощущения на футболе действительно сходны с отношением к сексу: папа страстный, а Вам скучно, и с мужчинами потом — то же самое...

П.: Да. Страсть — это не любовь. Любовь — это другое... И вообще, можно жить без секса...

А.: Можно.

П.: Хотя что-то там есть. А любовь — это тихая спокойная беседа.

А.: Тогда мы с Вами — самые настоящие любовники.

П.: Да. (*Смеется*). Хотя нет! Любовь — это еще и обида.

А.: Любовь — это обида. Страсть — это скука... Так необычно.

П.: (*Вздыхает*).

А.: У меня вдруг появилось такое чувство злости[1] к Вам (*я обычно озвучиваю возникновение у меня необычных чувств и стараюсь доверять своему бессознательному*). Злость плохой советчик, и я не могу пока объяснить — почему. Но что-то Вы сделали такое...

П.: Лишила чего-то мужа...

А.: Чего?

П.: И себя... Да, я вредная, с детства. Вот возьму и сделаю себе плохо...

---

[1] Но интонационно моя речь абсолютно беззлобна.

А.: И что?
П.: Вот они будут тогда знать!
А.: Что они будут знать?
П.: Какие они плохие, что надо их наказать!
А.: Кого наказать?
П.: Всех. Если мне будет плохо, и им всем будет плохо.
А.: Прохожему у нас под окном — тоже?
П.: Нет. Ему нет.
А.: А кому?
П.: Тем, кто со мной...
А.: Я чего-то не понимаю: Вы делаете себе плохо, чтобы стало больно тем, кто Вас любит?
П.: Они плохо любят! Они не понимают, не ценят, а надо, чтобы они оценили...
А.: Как это можно узнать?
П.: Если я сделаю себе больно, они спохватятся и поймут, что они меня любят. Это примитивно, но верно.
А.: Вы им как будто мстите?
П.: Ну да! Здесь такая ситуация: например, человек знает, как надо, а другой ему советует — неправильно, но нужно сделать так, как он советует, даже зная, что — неправильно...
А.: Зачем?
П.: Очень важно, чтобы человек увидел, что он не прав. Это связано с превосходством. Его нужно устранять. Чтобы другой увидел: он — ничто!
А.: И вот Вы доказали... Что дальше?
П.: Они меня все равно не любят... Родители... И я мщу!
А.: Вы думаете это возможно, например, по отношению к отцу?
П.: ... (*Молчание*).
А.: К сожалению, наше время истекло.

П.: А у меня после вашей фразы тут же появилось чувство: нет, я докажу, что это возможно (*скороговоркой*)!
А.: Если бы для этого нужно было отомстить еще двум-трем людям или «помстить» еще 2–3 года, я бы сказал: мстите интенсивнее. Но то чувство, которое Вы испытываете, — оно необъятно. И отца — уже нет.
П.: И что?
А.: Я не знаю.
П.: Просто забыть?
А.: Если бы это было возможно, я был бы безработным.
П.: И что тогда остается?
А.: Не знаю.
П.: Знаете! Вы хотите сказать: «Простить!».
А.: Тоже маловероятно.
П.: Да уж. Не думаю... У меня сейчас ощущение, что я говорю с папой в тот момент, когда умерла мать... (*я знаю, что мать пациентки жива, а отец умер, но я умышленно пропускаю эту ошибку, которая скоро вскроется сама*).
А.: И что?
П.: Я вспоминаю... Но как это связать?... Я не думаю, что я скорбела о бабушке...
А.: Вы говорите о матери отца?
П.: Ну да!
А.: Но Вы сказали просто: «...Когда умерла мать».
П.: Да?.. Да, я так сказала...
А.: Вы хотели ее смерти?
П.: Сейчас кажется, что нет. Хотя раньше думала, что да.
А.: Продолжим в следующий раз.

Сессия 152-я (*она очень краткая, так как пациентка опоздала, и обсуждение опоздания — в данном случае незначимое — можно опустить без ущерба для основного материала*).

П.: ...Какая все-таки хорошая погода! И снег, и дождь одновременно. Я люблю такую... Прихожу — и не хочется говорить о том, что до этого хотела сказать...
А.: Почему так происходит?
П: Когда хочешь заранее что-то рассказать, это вначале... м-м, всегда неприятно. Хочется, чтобы это уже было рассказано...
А.: О чем Вы хотели рассказать?
П: Когда я вчера говорила, что умерла мама (*пациентка привстает и, поворачиваясь ко мне, добавляет очень выразительно*) — ПАПИНА! — мама папина... (*вновь ложится и молчит*)... Я помню свою маму в этот день. Мне очень хотелось, чтобы бабушка выздоровела. Для папы. Чтобы ему было лучше... У нас, знаете, такая семья... очень плохая... Мама никогда не ходила к бабушке в больницу. Ходили я и папа. И мы сами все покупали...
А.: Да?
П: Я знаю, что невестка может не любить свекровь. Но ведь смерть — это важнее... Пришел папа и сказал, что умерла бабушка... Было лето... А мама была в таком сарафане (*презрительно*)...
А.: Почему это запомнилось?
П: В ней было что-то такое отвратительное...
А.: Что?
П: Что-то очень естественное и... отвратительное.
А.: Как это связано с сарафаном?
П: Это был такой отвратительно открытый сарафан... Я ее и его разглядывала. Я вообще не любила... я избегала на нее смотреть... Она, конечно, была рада этой смерти... Может быть, и я хотела ее смерти...[1] Я как будто все время сравнивала что-то с чем-то?

[1] Эта двусмысленная фраза также осознанно мною пропускается, чтобы не прерывать спонтанную речь пациентки.

А.: Что?

П: Ее с собой... Но этот сарафан..., такой открытый... И, что она хотела смерти свекрови... И ее сарафан... Ей не надо было прикрывать ее желание смерти...[1] Ей не надо было прикрывать даже свою радость перед папой...

А.: Что это значит?

П.: Она не прикрывалась, так как она знала, что ОН — конечно, ее! ...Умирает королева, какое-то время — борьба за власть, какое-то смятение, или — как в истории — смутное время... А здесь — смутное чувство...

А.: Смутное чувство...

П.: Соотношение каких-то сил, борьба[2], какая-то «перестройка»... Чувство отвращения к ней. Тоска. Злость... У меня не было чувства, что лучше бы она умерла, но вот сейчас... И этот сарафан... Она небольшого роста, полная, и очень большая грудь... Я еще думала: зачем ей такое декольте, такой вырез?... Я все время смотрела на папу. А папа на меня не смотрел... И еще помню, когда ее[3] похоронили, прошли поминки, папа сказал: «Пойдем погуляем». Мама ответила: «Это неприлично!» А папа: «Какая ерунда!» Мы пошли гулять. Но без мамы... Он никогда не рассказывал мне о своей матери. И это не случайно...

А.: Что — не случайно?

П.: Не хотел. Может быть, ему было больно... Когда он сказал, что я похожа на его мать, я очень удивилась... Именно тому, что он это сказал...

---

[1] Здесь можно было бы «зацепиться» за то, что пациентке, в отличие от матери, нужно было «прикрывать» свое желание смерти матери, но это прервало бы цепь ассоциаций пациентки и могло бы даже прекратить их.

[2] С точки зрения классической техники — это почти идеальная ситуация для интерпретации «борьбы» за отца после «минимизации» числа соперниц, но мы пропускаем это, представляя интерпретации пациентке.

[3] Пациентка неумышленно пропускает или заменяет слово «бабушка» местоимением «ее», как бы продолжая монолог о матери, это ее бессознательное действует таким закономерным образом, желая, чтобы мать была похоронена.

А.: Что здесь удивительного? — Внучка похожа на бабушку.

П.: Именно, что он сказал!

А.: Что это значило?

П.: Что он меня любит. И мать свою тоже любил...

А.: А маму?

П.: Она здесь не участвует! Ее здесь нет! Это хорошо... Мы без нее устроились...

А.: Как это?

П: А вот так! Устроились. Хорошо, уютненько. Такая замечательная троица... По крайней мере, бабушка не носила таких сарафанов...

А.: Вы сказали «троица», но ведь бабушки там уже не было...

П.: Да, идея другая: вот, если бы не мама... Это как бы невинно прикрывает идею, что папе было бы лучше... лучше...

А.: С Вами?

П.: Да.

А.: Разве это возможно?

П.: Невозможно, конечно.

А.: Мне кажется, что Вы до сих пор не принимаете то, что это невозможно...

П.: Да, как идея — это есть... Я не хочу смириться с тем, что это невозможно...

А.: Я понимаю, как дорого Вам это чувство и мечта, но это — невозможно...

П.: С этим связано... связано...

А.: Что?

П.: Страх изменения чего-то...

А.: Изменения... Или — измены?

П.: Отцу?... Да.

А.: К сожалению, наше время истекло.

Остановимся на этом... Думаю, что эдипальная природа конфликта пациентки (для любого психодинамически ориентированного специалиста) была предельно ясна уже из материала предварительного интервью. Но мы немногого бы достигли, сделав такую интерпретацию не только в процессе первых сессий, но даже в процессе первых двух лет терапии.

Еще несколько заключительных комментариев. Как мне представляется с учетом имеющихся данных и наблюдений, инфантильные фантазии пациентки о желании быть соблазненной отцом приобрели характер фиксации вследствие того, что со стороны последнего ни разу не была достаточно четко обозначена невозможность этого, то есть отец был «почти явно соблазняющим». Это нередкая ошибка «воспитания» дочерей, и, возможно, отец в последующем мог бы осознать и исправить ее, но ранняя смерть лишила его такой возможности. В связи с этим перенос пациентки и тщательно завуалированные попытки соблазнения меня в процессе трехлетней работы многократно и чрезвычайно деликатно обсуждались, при этом — всегда с полным принятием этой темы как возможной для обсуждения, но одновременно — с позиций, исключающих какую бы то ни было двусмысленность в отношении ее реализации. Характерно, что первые два года эти обсуждения сопровождались нескрываемым чувством вины пациентки по отношению к этой теме и страхом отвержения ее уже в самой аналитической ситуации. Сейчас это еще есть, но уже гораздо меньше.

В этой же бессознательной вине, как мне сейчас представляется, скрыты корни самопораженчески-мазохистических стереотипов ее отношений с мужчинами вообще (впрочем, как и с женщинами), постоянный эдипальный страх и желание отдалиться от детей (особенно — сына, по ее определению в предварительном интервью, «чтобы не навредить»), а также

ее неспособность к глубоким объектным отношениям. Отыгрывание эдиповой вины вовне все еще продолжается, но у него уже немного другая окраска: об этом уже можно говорить и это доступно обсуждению, иногда — даже с оттенком юмора. Можно сказать, что мы вошли или входим в период проработки эдипового конфликта и ее амбивалентности в отношении обоих родителей. Самое главное и самое большее достижение, а может быть, и самое большое вознаграждение за три года работы — это недавнее заявление пациентки: «Я стала как будто более счастлива, хотя не знаю — почему?». Я немного догадываюсь, почему. Но пусть она сама мне об этом когда-нибудь расскажет. И я думаю, это будет несколько или совсем иная история, чем та, что сложилась в моих представлениях и проекциях.

Предлагаемый подход вовсе не исключает возможность, а иногда и необходимость интерпретаций. Но их роль и значение в современной аналитической практике, как представляется, требуют критического переосмысления.

В заключение хочу выразить благодарность моей пациентке за ее согласие на публикацию этого материала. Она выразила его несколько своеобразно: «Если это кому-нибудь нужно...». Надеюсь, что нужно.

Месть и ненависть в терапевтическом процессе[1]

Поскольку наши пациенты приносят нам, как правило, далеко не самые радостные чувства и эмоции, вряд ли нуждается в обосновании, что вся терапевтическая работа связана с негативными переживаниями. Существует множество вариантов таких чувств, возникающих у обеих сторон. Но одновременно с этим есть и особые ситуации, когда терапевтическая ситуация осложняется ярко выраженной ненавистью пациента, которая в отдельных случаях провоцирует соответствующую реакцию аналитика. Именно такие варианты и предполагается рассмотреть в кратком сообщении.

Первое упоминание о так называемых «негативных терапевтических реакциях», нередко заводящих всю проделанную работу в «тупик», мы находим уже у Фрейда[2], который в 1918 году в работе, посвященной Человеку-Волку, упоминает о том, что всякий раз, когда пациентом было что-то понято (из ранее

---

[1] Доклад на VII Летней школе Национальной Федерации Психоанализа (г. Пушкин, 29.06.2007).

[2] Фрейд, З. Собр. соч. в 26 томах. Т. 4. Невроз навязчивости. Человек-волк. Человек-крыса. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2007.

существовавшего лишь в бессознательном), его симптомы на какое-то время усиливались[1]. Анализируя эту специфику, Фрейд делает предположение, что негативная терапевтическая реакция в данном случае является следствием вины и потребности в наказании, как например, в случае осознания Сергеем Панкеевым его тайного торжества, что теперь, после смерти сестры Анны, он остался единственным наследником. То есть в данном случае негативная терапевтическая реакция связывалась исключительно с осознанием интрапсихического конфликта, но проецировалась в межличностные отношения терапевта и пациента.

Позднее Карл Абрахам[2] и Мелани Кляйн[3] предпринимают попытку объяснить эти феномены с точки зрения зависти, в частности, к аналитику. Когда пациент чувствует, что аналитик приобрел для него какой-то особый авторитет, и одновременно опасается зависимости от своего терапевта, по мнению вышеупомянутых авторов, он вынужден попытаться отвергнуть его, чтобы не признавать собственной зависти к его интуиции и глубине познаний, избегая, таким образом, усиления аффекта беспомощности и зависимости. В другом случае Кляйн указывает на связь между ревностью и завистью, источником которых являются представления, что другой пациент находится с аналитиком в более близком межличностным контакте, а данный пациент считает

---

[1] «...во время аналитического лечения у него периодически развивалась кратковременная “реакция отторжения”; когда нам удавалось окончательно избавить его от того или иного симптома, этот симптом вдруг ненадолго усиливался, словно пациент пытался свести на нет лечебный эффект». [Из истории одного инфантильного невроза. В кн.: Фрейд, З. Собр. соч. в 26 т. Т. 4. Навязчивые состояния. Человек-крыса. Человек-волк. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2007. — С. 161.]

[2] Abraham, K. The Influence of Oral Eroticism on Character Formation. Selected Papers. — London, Hogarth Press, 1927. — P. 440–457.

[3] Кляйн, М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников. — СПб.: Б.С.К., 1997.

себя менее интересным для терапевта. Как мы видим, в этом случая негативная терапевтическая реакция исходно связана с межличностными отношениями и проецируется на них же.

В качестве ситуации, требующей самостоятельного анализа, Абрахам указывает на специфику нарциссической личности, у которой внешняя готовность пройти анализ сочетается с мощным протестом против аналитика как родительской фигуры. Свободные ассоциации таких пациентов остаются контролируемыми, они пытаются быть аналитиками не только самим себе, но и своему терапевту, не позволяя развиваться позитивному переносу. Абрахам связывает происхождение такой реакции с фиксацией на орально-садистической стадии развития и подчеркивает, что такой пациент воспринимает анализ как атаку на его нарциссизм, и нередко все терапевтические усилия разбиваются об эту «скалу». Опыт показывает, что такая ситуация не так уже редко встречается в процессе учебного анализа, который требует, как правило, от вполне сохранной личности отказа от присутствующих в каждом из нас фантазийного и идеального в пользу реального. И первый этап в преодолении такого сопротивления, вероятно, мог бы быть связан с его вербализацией аналитиком и обсуждением.

Со сходных позиций этот процесс рассматривает и Хайман Спотниц[1], указывая на случаи, когда тяжело-нарушенные пациенты сопротивляются прогрессу терапии, чтобы не позволить аналитику достигнуть успеха, и таким образом — сохранить свою связь с ним.

Обращаясь к известному выражению Фрейда о терапевтическом процессе как «доращивании» пациента, мы могли

---

[1] Спотниц, Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория, техники. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004.

бы объединить все упомянутые случаи тезисом о том, что по достижении определенного «возраста» и обретении тех или иных защит многие люди не хотят принимать свою новую взрослость, а если точнее — расставаться с иллюзией своей предшествующей взрослости, или — еще точнее — не хотят еще раз взрослеть.

Они готовы мстить родителям, Богу или судьбе, близким или аналитику за все реальные и мнимые психические травмы детства и исходят при этом из вполне понятных побуждений: сохранить (пусть и не вызывающие радости, но нередко — единственно имеющиеся) объектные отношения. А для этого надо, чтобы страдали оба объекта, и в переносе пациент остается связанным с аналитиком до тех пор, пока он страдает, а еще лучше, если страдают они оба.

Такие ситуации очень непросто переносить, и здесь уместно представить несколько клинических иллюстраций.

Пациентка, страдающая депрессией, с весьма непростым анамнезом: повторяющиеся развратные действия со стороны одного из близких родственников в детстве, оставление родителями (в связи с учебой в вузе) у бабушки (что было воспринято как: «Я такая плохая, что меня невозможно любить»), в последующем постоянный негативизм матери, проявляющийся в отношении и фразах типа: «Какая ты некрасивая, грязная, неопрятная, неумелая и т. д.». После каждого, даже малейшего шага вперед в терапевтическом процессе на протяжении 7 лет регулярно обвиняет аналитика в том, что он просто издевается над ней, что ничего хорошего не происходит и она собирается уйти из терапии. Но не уходит.

В процессе одной из сессий срывается на неукротимые рыдания с громким криком, как если бы она хотела быть услышанной кем-то, находящимся где-то очень далеко: «Вы — мерзавец! Вы никогда не любили меня! Вы всегда

врете мне! Я вас ненавижу!» и т. д. Аффект длится около 15 минут, в течение которых аналитик не предпринимает никаких действий. Когда пациентка немного успокаивается, продолжая всхлипывать, аналитик интересуется: может ли он что-то сказать? Когда пациентка соглашается, аналитик говорит: «Сейчас произошло что-то очень важное. Вы выразили очень много чрезвычайно мощных чувств, которые, скорее всего, долго держали в себе, не позволяя им вырваться наружу. Несмотря на наши уже давние отношения, я вряд ли мог быть их причиной. И думаю, что они относятся не совсем ко мне или даже совсем не ко мне. Я не знаю — к кому, но вы — знаете. Вы можете сказать — к кому?» Пациентка тут же отвечает: «Конечно, знаю. К моей матери». Но и это аффективное признание не существенно сказалось на прогрессе терапии.

Другая пациентка, соблазненная отцом, который теперь, по ее словам, пытается загладить свою вину, предоставляя дочери возможность учиться там, где она хочет, проводить время так, как она хочет, делает дорогие подарки (квартира, машина и т. д.). Девушка (что с точки зрения психоаналитика — естественно) бросает один вуз за другим, заводит «нехорошие» знакомства, имея квартиру, живет у подруги, машиной не пользуется. На мой вопрос: «Он так богат?» — пациентка отвечает: «Нет, ему приходится напрягаться». А когда я задаю следующий вопрос: «Почему бы не наказать его другим способом: попросить еще лучшую квартиру или еще одну машину и т. д. Пусть понапрягается», — пациента говорит: «Если у меня все будет хорошо, и я стану успешной, это будет значить, что я простила его за то, что этот подонок делал со мной в детстве. Ему станет легче или лучше, а я не позволю, чтобы ему стало легче».

Пациентка не имеет своих желаний. Она даже не думает, чего бы она хотела сама. Все ее мысли заняты тем, чего хочет от нее отец, чтобы помешать ему осуществить задуманное в ее благо и искупить чувство вины. То же самое происходит в трансфере: она пытается выяснить: «Чего бы я хотел от нее?». Я, естественно, сообщаю ей, что вообще ничего от нее не хочу, кроме того, чтобы она приходила и уходила вовремя, говорила в процессе сессий и своевременно их оплачивала. Само собой разумеется, она тут же начинает все это нарушать, но эта тема намного доступнее для обсуждения. Вообще, надо признать, что мы нередко недооцениваем обсуждение сеттинга и его нарушений, а это — один из самых благодатных способов перехода от «здесь и сейчас» к «там и тогда».

А теперь сделаем переход к чувству мести, которое может становиться способом защиты или избегания иных — более тяжких — чувств. Мы не так уж часто вспоминаем о мести, но нередко охваченность этим чувством составляет самую большую проблему наших пациентов. Пациентам бывает очень трудно прийти к осознанию, что они мстят самим себе, отказываясь реализовать свой личностный потенциал. Как можно было бы объяснить такую ситуацию?

В работе «Тотем и табу»[1] Фрейд предлагает весьма убедительную интерпретацию. Он говорит о потребности в наказании, которое неизбежно следует за нарушением табу, даже если это нарушение было вынужденным или непреднамеренным. В таких ситуациях терапия, как показывает опыт, должна строиться на принятии того, что прежде чем пациент перестанет мстить другим (что всегда гипотетично), он должен научиться не мстить себе. В некотором смысле такие ситуации можно было бы характеризовать как расщепление:

---

[1] Фрейд, З. Тотем и табу / Пер. с нем. М. Вульфа. — СПб.: Азбука-классика, 2005.

пациент относится к себе, как к другому, и наказывает себя с такой же яростью и неукротимостью, как другого[1]. По этой же причине пациенты всегда с некоторой опаской относятся к интерпретациям, так как боятся, что им придется услышать о себе нечто не очень лестное и им придется затем наказывать себя. Как многим коллегам известно, мной практически не используются интерпретации[2].

Еще одна иллюстрация. Муж пациентки относится к ней достаточно тепло и заботливо, но уже на протяжении нескольких лет отказывает ей в сексуальной близости под самыми различными предлогами (усталость, нездоровье, истощение, возможно — импотенция). Через некоторое время пациентка узнает о том, что у него есть любовница, и даже не одна. В процессе сессий она многократно рассказывает о навязчивой фантазии, как ее муж попадет в аварию, после которой он будет прикован к постели и наконец поймет, что ее любовь — это единственное ценное, что было в его жизни. Я замечаю, что, в общем-то — она рисует довольно мрачную картину ее будущей жизни: парализованный муж, горшки-бинты, никакого секса, вообще никакой заботы и внимания со стороны мужа, да и лишение большей части семейного бюджета. И затем добавляю: «Почему бы в ваших фантазиях не развестись с ним или дать, например, ему погибнуть в той же аварии?» Пациента тут же отвечает, что это никак не входит в ее планы: «Я хочу, чтобы он страдал, и долго». Мое высказывание о том, что таким образом она наказывает скорее

[1] Иногда бывает уместным задать такому пациенту «отвлеченный» вопрос (тем более что поводов для этого пока не так уж мало): «А как он относится к террористам-смертникам?». В некоторых случаях пациенты высказывают весьма уважительную оценку, но в большинстве — демонстрируют крайне скептическое отношение к такому способу достижения тех или иных целей. И тогда уместно спросить: «А почему же вы действуете таким же способом: фактически убиваете себя, чтобы наказать кого-то другого?».

[2] См.: Психоанализ — без интерпретаций? — С. 161 настоящего издания.

себя, чем его, встречается полным приятием: «Ну и пусть». Чувство мести оказывается таким же ненасыщаемым, как и любовь.

Со временем мне все-таки удается уговорить ее попробовать расширить варианты ее фантазий и преодоления сложившейся ситуации (повторю еще раз — варианты фантазий). Через какой-то период она приходит и сразу заявляет: «Ну вот, я завела любовника, как вы и хотели». Я спрашиваю: «Я когда-нибудь говорил об этом?» — «Нет, — отвечает она, — не говорили. Но я чувствовала, что вы этого хотите». Честно говоря, я не думал об этом и, зная о типичных ситуациях «полуухода» супругов с последующим возвращением в семью, больше рассчитывал на этот (примирительный) вариант. Но я также понимал ее потребность проекции вины вовне и на этом этапе не стал исследовать эту проблему. В последующем она ушла к своему любовнику, оставив дочь-подростка с весьма тяжелым характером (как результат их супружеских проблем) на попечение мужа. Месть таки состоялась.

Фантазии о мести очень часты в аналитическом материале. И, как представляется, их следовало бы поощрять и одновременно контролировать, чтобы они оставались только фантазиями. Фантазии о мести — это способ защиты от чувства унижения, безнадежности и бессилия. В определенном смысле фантазии играют роль замещающего действия и одновременно это регресс к магическому мышлению, которые в совокупности предотвращают реальную месть. Это возможность (хотя бы в своих ментальных представлениях) не чувствовать себя жертвой и сохранять контроль над ситуацией.

Еще один демонстративный случай. Пациент на протяжении нескольких лет («перестроечного периода») вместе с другом детства создал солидный бизнес: от торговли с лотка

до нескольких солидных магазинов. И на этом этапе друг «кинул» его, оставив практически ни с чем. Обратился по поводу депрессии от понесенных моральных и материальных утрат. На протяжении нескольких лет пациент вербализует на сессиях планы все более и более изощренной мести — от поджога автомобиля бывшего друга до его физического устранения. На вопросы: «А что это даст?» — реагирует адекватно: «Ничего не даст. Только злобу вымещу и пойду в тюрьму». Постепенно тема мести в материале пациента истощается и появляются планы превзойти обидчика экономически и наказать его таким образом. Через 5 лет эта задача оказывается близкой к выполнению, и в этот же период бывший друг решает как бы «вернуть долг» и передает пациенту в собственность один из больших магазинов (чтобы прояснить мотив, добавим: передает пациенту и в равной доле своей бывшей жене — которую этот друг недавно оставил и которая ничего не смыслит в коммерции). После некоторых колебаний пациент принимает это предложение, а затем вступает еще и в кратковременные любовные отношения с бывшей супругой бывшего друга, хотя и сознает, что это — не более чем еще один вариант удовлетворения чувства мести. Через 9 лет терапии пациент признает, что она была его единственной «отдушиной» и спасла его от параноидального стремления к мести и реализации катастрофических решений.

Вернемся к понятию «негативная терапевтическая реакция». По определению Фрейда, оно применимо только в тех случаях, когда пациент демонстрирует усиление симптомов или разочарование и отказ от терапии сразу после определенного облегчения или даже решения его проблемы (то есть когда у терапевта есть все основания полагать, что пациент должен почувствовать себя лучше). Фрейд также отмечает, что такая реакция содержит в себе определенный

намек на негативный прогноз терапии, особенно если к ней присоединяется установка на обесценивание аналитика с демонстрацией неприкрытой враждебности, вплоть до выражений типа: «То, что вы говорите, мог мне сказать любой дурак», — или даже более жестких. Карен Хорни в своей работе 1936 года «Проблема негативной терапевтической реакции»[1] описывает динамику таких ситуаций следующим образом: а) сначала явное облегчение; б) затем бегство от перспективы улучшения; в) за которым следует разочарование в терапии и ощущение безнадежности; г) с закономерным желанием прекратить терапию. И даже если эта динамика не так явна, негативная терапевтическая реакция может манифестироваться резким повышением уровня тревожности. Это обусловливается тем, что невротическое страдание выполняет слишком ценные для пациента функции, чтобы он мог легко от него отказаться.

Карен Хорни также указывает на то, что негативная терапевтическая реакция часто связана с определенной структурой характера, а именно — мазохистическим характером, и в этом случае такую реакцию можно прогнозировать заранее. Акцентируя внимание на том, что нередко негативная реакция появляется сразу после хорошей интерпретации аналитика, Хорни выделяет несколько типов реакций пациентов и их генез, но в качестве одной из главных причин автором отмечается ориентация на соперничество с аналитиком и направление всех усилий на то, чтобы не допустить его превосходства над собой. Поскольку соревновательность играет чрезвычайно важную роль в нашей культуре, то ее можно считать одной из «заданных» характеристик человеческой природы. Невротическая соревновательность, по Хорни,

[1] Horney, K. The Problem of the Negative Therapeutic Reaction — Psychoanalytic Quarterly, LXXXVI, 2007. — P. 27–42.

побуждает человека сравнивать себя с каждым и ненавидеть всех, кто является более успешным, более почитаемым, более способным и т. д. Самооценка таких пациентов строится только на фантастических ожиданиях своих собственных достижений, результатом чего должно стать слепое поклонение всех окружающих. С этим обычно сочетается желание компульсивно обесценивать или безжалостно сметать со своего пути всех реальных или потенциальных соперников, включая своего аналитика. Такие пациенты не могут пережить даже того, что у аналитика есть другие пациенты, и они защищаются тем, что полностью игнорируют этот факт («Никого кроме меня!»).

Одновременно с этим Карен Хорни обосновывает, что негативная терапевтическая реакция может быть особой формой страха успеха. Она отмечает, что повышенная тревожность в нашей культуре обычно компенсируется двумя основными способами: стремлением к власти и стремлением к любви, что может объясняться тезисом: «Если у меня будет абсолютная власть, никто не сможет мне навредить» — или — «Если ты меня любишь, ты мне не навредишь». Надо признать, что это очень сомнительное положение, ибо любовь сама по себе стимулирует тревожность, и самые большие разочарования нам приносят именно те, в чьей любви мы хотели бы быть бесконечно уверены.

Поскольку в статье Хорни основное внимание уделяется все-таки неудачной интерпретации аналитика, а мне не близок интерпретационный подход, думаю, этим можно было бы огриничиться, но стоит упомянуть, что после семидесяти лет почти полного забвения негативная терапевтическая реакция вновь привлекла особое внимание специалистов и вышло

сразу несколько статей, посвященных как самой проблеме[1], так и уже исторической работе Карен Хорни[2].

В заключение несколько слов о ненависти аналитика. Мы такие же люди, и ничто человеческое нам не чуждо. Ненависть к пациенту может быть как отражением его ненависти к аналитику, так и появляться вследствие упорной ориентации пациента на нежелание никакой позитивной динамики. В последнем случае аналитик становится лишь безразмерным контейнером для бесчисленных и бесконечных жалоб пациента на превратности судьбы. Форм проявления такого сопротивления — бесчисленное множество, но самая мучительная из них — молчание пациента (иногда на протяжении десятков сессий). И если аналитику не удается преодолеть этот вариант сопротивления, его ненависть также становится безграничной. Самостоятельную группу источников ненависти составляют проблемы платежеспособности, адекватной затрачиваемым душевным силам, а также ситуации, когда пациент оказывается примитивной личностью, не способной осознавать психологическую природу его страдания и принимать психологическую помощь.

Чтобы быть хоть немного защищенными от отраженной (собственной) ненависти, уместно периодически вспоминать известное выражение Жака Лакана, заметившего, что когда пациент говорит с вами, то не о себе, а когда — о себе, то не с

[1] Goldberg, Jane G. Fantasies of Revege and Stabilization of the Ego: Acts of Revenge and the Ascension of Thanatos // Modern Psychoanalysis, 2004. — Vol. 29, # 1. — P. 3–21; Newsome, Faye. Envy and the Negative Therapeutic Reaction // Modern Psychoanalysis, 2004. — Vol. 29, # 1. — P. 43–48.

[2] Orgel, Shelley. Commentary on “The problem of the Negative Therapeutic Reaction” by Karen Horney — Psychoanalytic Quaterly, LXXVI, 2007. — P. 43–58; Spilliius, Elizabeth. On the Influence of Horney’s “The Problem of the Negative Therapeutic Reaction” — Psychoanalytic Quaterly, LXXVI, 2007. — P. 59–75.

вами[1], — а значит, его ненависть относится не к нам, а к тем, кого, как отмечал Фрейд[2], он любил или любит или должен был бы любить, но не может.

Второй возможный вариант защиты терапевта представляется методически не менее важным. Большинство людей приходят к нам, чтобы решить какие-то свои проблемы, и многие специалисты оказываются пленниками этого запроса, предпринимая попытки осуществления этой задачи — принять решение за пациента, предлагая ему все новые и новые варианты интерпретаций. А он последовательно отвергает их, потому что это ваши интерпретации и решения, а не его, и даже есть вы однажды найдете подходящий ему вариант — ответственность за это решение будет вашей, а пациент так и останется ребенком, за которого решают другие. Намного более рациональным представляется подход, ориентированный не на решение, а на совместное исследование проблем пациента; подход, исходящий из того, что конкретные решения всегда глубоко индивидуальны, а следовательно: как и сама проблема, так и способ ее решения всегда принадлежат пациенту, а мы лишь помогаем их найти. Этот способ всегда есть у пациента, но сопротивление не позволяет его обнаружить. Поэтому мы работаем преимущественно с сопротивлением и, как не раз отмечал Харольд Стерн: каждый раз, когда мы преодолеваем сопротивление, личность растет.

Еще один нередкий повод для провокации ненависти со стороны аналитика — требование от терапевта гарантий успеха

---

[1] Здесь уместно привести фразу Лакана полностью: «Когда пациент приходит к аналитику, он говорит о себе, но не с аналитиком; когда он говорит с аналитиком, то не о себе; когда пациент говорит о себе с аналитиком — анализ закончен». Цит. по: Cristian Ingo Lenz Dunker (San Paulo, Brasil) // The letter: Lacanian Perspectoves on Psychoanalysis, # 37. — P. 120–143.

[2] Фрейд, З. Скорбь и меланхолия // Вестник психоанализа, № 1 — 2002. — С. 13–30.

и доказательств его квалификации или того, что ему можно доверять. У различных специалистов здесь могут быть разные подходы. Мне ближе вариант: «Никаких гарантий и никакого доверия», — и тогда уместен (в той или иной форме) такой вопрос к пациенту: «Судя по вашему рассказу, вы никогда особенно не доверяли ни себе, ни своим родителям, ни своим друзьям, более того — многие из тех, кого вы считали самыми близкими людьми, вас предавали. Почему вы должны доверять мне? Все что я могу попытаться сделать, помочь вам научиться доверять хотя бы одному человеку — самому себе». Давая гарантии в любой форме, мы принимаем ответственность на себя, а наша главная задача — научить пациента принимать ответственность хотя бы за одного человека — самого себя — на себя.

Анализ — это не только работа с воспоминаниями и травмами. Это всегда пересмотр истории. Нам, живущим в государстве, где история пересматривалась не раз на протяжении жизни одного поколения, намного легче понять, как болезненно пересмотр прошлого влияет на настоящее. Помочь пациенту стать другим это отчасти еще и убийство его прежнего, отнюдь не метафорическое. И хотя эта идея вряд ли осознается пациентом, но страх небытия «меня прежнего» всегда присутствует.

Мы сами тоже меняемся вместе с каждым пациентом и с каждым завершенным или прерванным случаем. Страх разрушения собственной личности в результате работы с пациентами — это также один из нередких вариантов, но здесь уже нет никаких готовых рецептов, и мы признаем, что единственный способ сохранения своего психического здоровья и профессионального долголетия — это регулярные супервизии и повторный анализ, к которому, как показывает современный опыт, прибегают все больше российских специалистов, имеющих солидную практику.

Психотерапия — государственная, страховая, частная?[1]

В последние годы ряд ведущих психиатров неоднократно акцентировали внимание на общемировой тенденции — росте пограничной психопатологии (в первую очередь — депрессий), и одновременно подчеркивая необходимость последовательного развития психиатрической и расширения психотерапевтической помощи, в частности — в поликлиниках общемедицинского профиля. Решение этой проблемы имеет множество аспектов, к сожалению, большей частью негативных. О некоторых из них мной, как и другими специалистами, уже неоднократно говорилось[2]. В этой публикации мне хотелось бы затронуть другую острую и традиционно замалчиваемую проблему, а именно: какие организационные формы психотерапии являются перспективными и каким могло бы

---

[1] Впервые опубликовано: Решетников, М. М.. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб.: ВЕИП, 2003. — С. 234–244.

[2] Решетников, М. М. Организационно-методические вопросы реформ в российской психотерапии // А.-Л. Хайгл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Отт, У. Рюгер. Базисное руководство по психотерапии. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2002. — С. 15–26; Решетников, М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003; Решетников, М. М. Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии // Психотерапия. № 1. — М.: ППЛ, 2003.

быть адекватное соотношение государственной (общедоступной и бесплатной), страховой и частной психотерапии?

В последнее время на профессиональных конференциях российских психотерапевтов неоднократно поднимался вопрос о том, должна ли психотерапия относиться к страховой медицине? Этот вопрос (новый и, так сказать, перспективный для России) сейчас активно обсуждается также в США и ряде других стран, но уже как бесперспективный.

В чем причины таких различий в подходах? У нас эта проблема рассматривается как один из путей, ведущих к повышению качества и доступности психотерапии, а также улучшению материального благополучия психотерапевтов. В США этот же вопрос ставится в совершенно ином ракурсе: в частности, страховые выплаты на психотерапевтическую помощь за последние 30 лет выросли в 8,6 раза (это в 3 раза больше, чем аналогичный рост в соматической медицине) и угрожают подорвать всю систему страховой медицины[1].

Для понимания сути проблемы представляется целесообразным взглянуть на эту тенденцию с другой — неочевидной — точки зрения. В частности, с точки зрения специфики межличностных и материальных отношений врача общей практики и психотерапевта с пациентами.

Практически вся медицина исходит из принципа конфиденциальности. Но большинство пациентов не претендуют на особую конфиденциальность терапевта или хирурга, и даже сами с удовольствием описывают родным, друзьям и знакомым пережитое в процессе купирования приступа острого аппендицита, язвы желудка или инфаркта. Гораздо более «трепетное» отношение к проблеме конфиденциальности

[1] Docherty, J. P. Market-Based Health Reform and Cost-Effectiveness с Psychotherapy. In: Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Edited by Nancy E. Miller and Kathryn Magruder. Oxford University Press, 1999. — P. 3–14.

(при обращении к общемедицинской практике) мы обнаруживаем во взаимоотношениях с венерологом, андрологом и гинекологом. Тем не менее во всех этих случаях главная специфика состоит в том, что, обращаясь к услугам терапевта или хирурга, пациент не предполагает особых (личных!) отношений с ним, и в целом это обращение подобно обращению в химчистку или мастерскую по ремонту обуви: что-то нужно «починить», и мы «нанимаем» для этого конкретного специалиста для конкретной работы и на конкретное время. Индивидуальные особенности привлекаемого для этого профессионала нас, как правило, мало интересуют: он может быть не очень приятным в общении, даже грубым, несимпатичным или недостаточно хорошо образованным и т. д. — нас это мало волнует: «лишь бы костюмчик сидел».

Принципиально иная ситуация в психиатрии и психотерапии, где всегда обнаруживается огромная связь между конфиденциальностью и стыдом, а наличие психиатрического диагноза (в отличие от большинства соматических) при его публичном оглашении напрямую угрожает социальному статусу пациента, его карьере, его отношениям с друзьями и знакомыми и даже родственниками. Поэтому пациенты прежде всего предъявляют особые требования к личности психотерапевта, его умению вызывать доверие, симпатию и располагать к общению, как правило, достаточно длительному и интимному.

Естественно, что никто уже давно не ставит под сомнение значимость принципа конфиденциальности (в советской России весьма условного), так как именно он защищает пациента от вмешательства в личную жизнь и даже унижения, вероятность которого тем больше, чем ниже культура общества. Скажем, еще недавно сифилис, например, у школьного учителя, «полученный» от супруга или супруги, мог вполне

явиться основанием для остракизма, хотя коллега такого несчастного, получивший гепатит от проститутки, окружался всеобщей заботой и вниманием. То есть в обществе всегда существовало и существует деление на «приличные» и «неприличные» диагнозы. Специфично, что практически все «неприличные» относятся (обобщая) к «психогенитальным». Специфично и то, что в подобных случаях и пациент, и его семья почти всегда ищут «частный» вариант помощи. Мне не раз приходилось интересоваться у них, почему они это делают, но в большинстве случаев я получал не очень вразумительный ответ и попытался найти его самостоятельно.

Эти поиски позволили убедиться в том, что пациенты — при множественности вариантов объяснений, так или иначе, говорят об одном и том же — лояльности терапевта. В чем же особенности и различия этой лояльности? Нанимателем любого медицинского специалиста на государственной службе является государство в лице того или иного чиновника, персонифицирующего это государство. И этот специалист, каких бы высоких принципов конфиденциальности он ни придерживался, всегда остается ответственным прежде всего перед своим работодателем. Чувствуя это, абсолютное большинство клиентов государственной медицины старается доплачивать своему врачу, то есть «перекупать» его лояльность, и эта плата тем выше, чем больше заинтересованность в конфиденциальности. В силу этого у нас фактически нет государственной психотерапии — есть психотерапия, действующая в качестве частной под эгидой государства, которое делает вид, что не знает этого, и одновременно делает вид, что оплачивает высококвалифицированную деятельность психотерапевта. Ни для кого не секрет, что хороший частный психотерапевт зарабатывает в день столько же, сколько государство выплачивает своему наемному работнику той же

квалификации в месяц. Поэтому естественно, что последний всегда претендует на нечто большее.

В принципе, та же тенденция имеется и в общемедицинской и хирургической практике, хотя имеются и нюансы, но не материального, а морального характера. Применительно, например, к хирургии государство демонстрирует самый строгий уровень контроля: за осложнениями, смертностью, одновременно достаточно высоко оплачивая работу специалистов, особенно кардиохирургов и онкологов, уже давно работающих «за деньги» (пусть не такие большие, как на Западе, но — все же). И еще один очень существенный фактор: был ли хирург прав или нет (даже в форме разреза и виде доступа), он может легко стать предметом судебного (опять же — государственного) разбирательства. Обращение психиатрического пациента в суд тоже не редкость, но обычно лишь в связи с желанием снять тот или иной диагноз (как будто суд в этом что-то понимает и как будто корпоративная этика перестает действовать «под присягой»). Психотерапевтический пациент апеллирует к государству чрезвычайно редко, так как «не настроен» делиться с кем бы то ни было своими проблемами и переживаниями, в большинстве из которых признаться даже такому доверенному лицу, как личный терапевт, бывает непросто. И с точки зрения государства, психотерапевт — это такой «бесконтрольный субъект», которого государство, естественно, любить не должно и заботиться о котором не намерено. Поэтому для государства психотерапия всегда будет, по образному выражению Б. Д. Карвасарского, «профессией второго сорта», поскольку ее лояльность большей частью обращена только в одну сторону — к пациенту.

В одной из работ мной уже описывался канадский опыт, где (в отличие от США) частная психиатрия запрещена, но разрешена частная психотерапия, и многие государственные

психиатры подрабатывают во внерабочее время в качестве частных психотерапевтов. Так вот, пациенты отмечают, что в зависимости от того, в какой ипостаси выступает одно и то же лицо — это две несравнимых личности и два несравнимых уровня отношения к пациенту[1]. И суть скрывается, естественно, не в статусе специалиста, а в его материальной заинтересованности, роль которой применительно к качеству медицинского обслуживания в отечественной практике все еще, если и обсуждается, то исключительно — в кулуарах.

То, чего жаждут наши пациенты, независимо от формы их страдания — это внимание, сопереживание, способность слушать их неограниченное время, понимание и даже любовь (в терапевтическом смысле последнего термина). Я уверен, что 99,9% специалистов согласятся, что это именно так, так же как и с тем, что никто не бывает так труден, а порой даже невыносим в общении, как наши пациенты, независимо от того, платят они за терапию или нет. Но в зависимости от последнего фактора отношение к профессиональной переносимости такого общения, безусловно, сильно отличается. Я прошу извинить меня коллег за следующее грубое сравнение, которое практически ни к кому не относится, так как даже государственные психотерапевты действуют на 50% как частные. Еще раз: с точки зрения отношения и удовлетворения потребностей и духовного голода пациента, различия между государственной (бесплатной) и частной психотерапией могут быть сопоставимы с ужином богача и раздачей похлебки неимущим. Так что же, не нужно раздавать похлебку? Нет, нужно, хотя она и много худшего качества, но позволяет делать жизнь терпимой или даже просто выжить. Но только не надо путать социального работника, занимаю-

---

[1] Решетников, М. М. Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии // Психотерапия. № 1. — М.: ППЛ, 2003.

щегося приготовлением и раздачей похлебки, с мажордомом и поваром богатого особняка. И не нужно надеяться, что усилиями государства мы сможем обеспечить в обоих случаях примерно одинаковое качество «пищи». Нематериальное стимулирование, даже под угрозой уголовного наказания, никогда не позволит этого сделать. Это доказал еще Маркс, а он — в отличие от большевиков — все-таки был гением.

Безусловно, существуют виды медицинской помощи, которые во всех случаях должны оказываться государством бесплатно. Мы все платим налоги, хотя и в «насильственном» варианте — в отличие от многих других стран, налоги платим не мы сами, а наши работодатели. И здесь также есть не вполне добросовестная позиция государства: если бы налоги по медицинскому страхованию платили сами граждане, они бы требовали совсем иного уровня и отношения от государственной медицины. Но, в любом случае, каждый человек имеет право на квалифицированную помощь по жизненным показаниям (не мы даем жизнь и обязаны бороться за нее до последнего).

Совсем иная ситуация в психотерапии, так как здесь речь идет уже не о жизни, а о качестве жизни. И мы хорошо знаем, как сильно это качество дифференцированно в обществе и как дорого оно стоит. Поэтому ни у кого не возникает сомнения, что за психотерапию нужно платить. И как бы нас ни пытались убедить, что государственное медицинское обеспечение такое же хорошее, как и в частом секторе, или даже просто замалчивать эту проблему — население имеет вполне определенные представления о различиях в обслуживании в зависимости от состоятельности клиента.

У меня есть стойкое убеждение, что когда кто-то из политических или государственных деятелей говорит о медицине, он всегда имеет в виду исключительно медицину для бедных,

как будто у нас нет состоятельных слоев населения или они вообще не нуждаются в заботе государства и медицинской помощи. Естественно, что если исходить из политических императивов, то нетрудно объяснить, почему у нас такая дискриминация (без кавычек) состоятельных граждан. Но как объяснить, что вся частная психотерапия оказалась вне государственной статистики? Более того, фактически она вычеркнута из сферы государственных интересов. Возьму на себя смелость предположить (в силу того, что в крупных городах около 50% психотерапевтов уже действуют как частные[1]) — при сохранении прежней ситуации скоро, вопреки мировым тенденциям, у нас начнется «явное» «статистическое» снижение уровня пограничной психопатологии.

Еще два слова о перспективе страховой психотерапии. Она вроде бы не является ни частной, ни государственной, так как законодательство не запрещает страховые выплаты специалистам, действующим в качестве частных (правда, это реально лишь для клиентов, которые способны постоять за свои права). Но и в этом случае терапевт не нанимается пациентом, и является представителем его интересов лишь постольку, поскольку заинтересован в страховых выплатах. И если, например, как это существует в Канаде, страховая компания оплачивает не более 6 сессий, то терапевт (при неплатежеспособном пациенте) будет ориентирован на краткосрочную терапию, независимо от того, в какой на самом деле нуждался и продолжает нуждаться пациент. То есть лояльность терапевта по отношению к законодательству (и своим материальным запросам) в данном случае много выше, чем его лояльность к пациенту.

---

[1] И это не предел — в США частная психиатрия составляет 75%, а частная психотерапия — более 90%.

Самое важное — не пациент платит, а страховая компания выступает в роли «благотворителя» по отношению к пациенту и требует подробного отчета от того, кому она платит, от терапевта. И принцип конфиденциальности снова становится фиговым листком.

Если вы сломали ногу, поднимаясь по лестнице к своему шефу, страховая компания назначит эксперта, который подтвердит наличие травмы, полученной на производстве. Если ваш нос разбит в процессе потасовки с другом или подружкой — это будет уже другая выплата. Эксперт всегда нанимается страховой компанией, его деятельность оплачивается компанией, и он всегда стоит на страже ее интересов. Готов ли кто-либо допустить такого заинтересованного (не в вас) эксперта к своим интимным проблемам и переживаниям?

Мы можем сколько угодно предлагать или навязывать социуму те или иные схемы. Его мотивации вряд ли изменятся. Тот, кто ориентирован на несколько иное качество жизни, обычно достаточно образован и эрудирован, чтобы понимать — где и каким образом это реально можно получить.

Сделаем несколько выводов. Появление в России частной психотерапии обусловлено не тем, что какая-то часть специалистов лучше адаптирована к рынку психотерапевтических услуг, а реальным запросом этого рынка и социума. Расширение рынка частных психотерапевтических и психиатрических услуг — это объективная закономерность, ей можно противодействовать (в силу сложившихся «догматов»), но невозможно отменить или запретить, поэтому — лучше бы способствовать и «канализовать». И — в заключение — о вопросе, сформулированном в первом абзаце: каково могло бы быть адекватное соотношение государственной (общедоступной и бесплатной), страховой и частной психотерапии? Нет сомнения, что должны существовать все упомянутые

формы, естественно, при единой системе лицензирования и аккредитации специалистов, а также единой системе статистического учета (если мы, конечно, заинтересованы в реальной статистике). А вопрос их соотношения — это уже вопрос времени и того, сможем ли мы адекватно реагировать на складывающиеся тенденции и думать о подлинном расширении объема и доступности психотерапевтической помощи для всех слоев населения.

Парадоксы краткосрочной психодинамической терапии[1]

Понятие «краткосрочная психодинамическая терапия» как официальный термин появилось еще в середине 50-х годов XX века, и в настоящее время оно приводится практически во всех методических пособиях. Тем не менее в отечественной практике представления об этом варианте аналитической работы пока достаточно противоречивы. Нередко в процессе супервизии можно услышать: «Это был случай краткосрочной терапии», — а на вопрос: «Почему?» — получить ответ: «Было проведено всего 10 сессий». И в ряде случаев это оказывается единственным отличием во всей технике терапевтической работы. Поэтому основное внимание мной будет уделено как раз техническим отличиям.

В соответствии с традиционным подходом неотъемлемыми атрибутами психоанализа считаются кушетка, ориентация терапевта и пациента на месяцы и годы совместной работы с весьма интенсивным сеттингом и проникновением в глубокие слои памяти и бессознательного, при минимизации активности терапевта. Но следовало бы признать, что все это — лишь внешние атрибуты психоанализа, в действительности же

[1] Доклад на психотерапевтической конференции СПб МАПО.

психодинамический подход и адекватное применение психоаналитической теории может вполне обходиться и без всех упомянутых внешних факторов (которые скорее имитируют психоанализ, чем выражают его сущность).

Активность аналитика может и должна существенно варьировать в зависимости от ситуации, и в значительной степени это определяется не только формой расстройства, но и ориентацией пациента на сроки терапии и доступный пациенту (в т. ч. по материальным соображениям) ее объем.

Психодинамический терапевт (в отличие от интегративного или мультимодального) не выбирает метод работы применительно к конкретному пациенту. Метод и методология у нас одна: психодинамическая. Но в зависимости от упомянутых выше условий мы всегда определяем свою терапевтическую технику и тактику. Одной из таких тактик является краткосрочная психодинамическая терапия.

Возникновение интереса к краткосрочной терапии в западных странах обычно связывают с периодом Второй мировой войны, и считается, что он был продиктован нуждами военного времени — большим количеством нуждающихся в терапии с низким материальным статусом и ограниченными возможностями для протяженного взаимодействия с пациентами.

Однако нужно отметить, что этот интерес и эта тенденция с тех пор, по сути, никогда не угасали, а в последние десятилетия стали еще более значительными. На это есть причины как социально-психологического характера (в наше динамичное время все апеллирует к скорости, к «здесь и сейчас»), так и экономического (и не только со стороны пациентов, но и со стороны страховых обществ, которые в большинстве стран, за исключением Германии, финансируют от 6 до 12 сессий психотерапии).

Существует мнение, что психоанализ весьма негативно относится к краткосрочной терапии и даже вообще не расположен к ней. Поэтому здесь уместно напомнить, что уже З. Фрейд активно применял краткосрочную терапию. Большинство его пациентов и анализантов не находились в терапии более 3–6 месяцев, а в ряде случаев — гораздо меньше. Знаменитый дирижер Бруно Вальтер писал в своей автобиографии, что в 1906 году, сразу после рождения его первенца, у него развился парез правой руки. После безрезультатных медицинских консультаций и лечения он обратился к доктору Фрейду, «ожидая разговора об инфантильной сексуальности». Однако его ожидания не оправдались. Работа состояла из шести интервью, в процессе которых Фрейд, не предпринимал никаких психоаналитических интервенций, а преимущественно слушал, и затем предложил сделать перерыв, одновременно настаивая на том, чтобы Вальтер начал дирижировать. Вальтер, по его словам, согласился с этим только из уважения к Фрейду, который взял ответственность на себя и ручался, что выступление пройдет успешно. Так оно и случилось. Рецидивов не было.

Другой случай краткосрочной терапии в практике Фрейда известен более широко — это случай маленького Ганса, который страдал фобией. Лечение продолжалось два месяца, причем большей частью путем коррекционного консультирования отца мальчика, так как на основании психоаналитического исследования ребенка Фрейд пришел к выводу, что фобия мальчика связана с тем, что он боится отца... Этот перечень случаев можно было бы продолжить.

Первое систематическое исследование краткосрочной психоаналитической терапии принадлежит Францу Александеру и было выполнено в Чикагском институте психоанализа, который, как известно, исходно создавался как

исследовательский, и там постоянно обрабатывался материал, полученный от пациентов. Как раз в это время в психоанализе разрабатывался новый подход к личности, а Александер, в частности, отстаивал принцип «интеллектуальной реконструкции инфантильных переживаний». Одновременно с этим Александер уделял особое внимание исследованию функций Эго и текущей жизни пациента, подчеркивая, что нужно более гибко подходить к определению потребностей пациента и его запросу к терапии. Одним из открытий Александера можно считать введение понятия о «корректирующем эмоциональном переживании» в ситуации переноса.

Исследования Александера, по сути, и составили основу краткосрочной психодинамической терапии. Главная идея, которая была поддержана большинством последователей, состоит в том, что терапевт должен всегда исходить из психоаналитической теории и модели, но с учетом запроса пациента. При этом Александер справедливо подчеркивал, что краткосрочная терапия предполагает наличие солидной практики, так как лишь опытный аналитик способен оперативно определять центральную проблему пациента и намечать конкретные цели терапии, ограничившись узкими временными рамками. Что особенно важно: в подобных случаях аналитик должен одновременно решить, стимуляции какого материала ему следует избегать (даже если пациент обращается к этому материалу) и какие пласты проблем вообще не стоит затрагивать. В целом, такой подход, казалось бы, достаточно резко контрастирует с традиционной психоаналитической терапией, в процессе которой, как считается, аналитик старается проникнуть в суть проблем пациента настолько глубоко, насколько это возможно. Но это только «казалось бы»: в процессе терапии опытный аналитик всегда начинает с «поверхности», идет с той «скоростью», которая

приемлема для пациента, старается не стимулировать ничего, кроме собственного материала пациента, а также оценивает — не будут ли переживания следующего «пласта» слишком болезненными или даже непереносимыми для пациента.

В процессе краткосрочной терапии аналитик работает только с самыми верхними пластами, избегая чрезмерного усиления переноса и регресса пациента. С этой целью интервью и даже сессии чаще всего проводятся лицом к лицу, а интенсивность сеттинга является достаточно низкой (1–2 раза в неделю) и, как правило, в этом случае пациенту практически не предлагается использовать свободные ассоциации. Курс терапии при этом ограничивается 10–12 сессиями, хотя в отдельных случаях он может увеличиваться до 30–40, составляя, таким образом, от 3 до 9 месяцев.

В процессе краткосрочной терапии аналитик демонстрирует гораздо большую активность и рациональную аргументацию, но — реализуемую на основе психоаналитической концепции, включая прояснение отношений пациента, сложившихся в рамках переноса, а также акцентируя внимание на реальных изменениях в жизни пациента и в его состоянии. В подобных ситуациях мы всегда стремимся к позитивному переносу и целенаправленно избегаем его амбивалентных проявлений.

Когда уместна краткосрочная психодинамическая терапия? Чаще всего эта модификация применяется для купирования острых расстройств и устранения актуальных конфликтов, имеющих в своей основе эдипальный фактор. Главная задача терапевта в этих случаях — не обострять патологию, не провоцировать невроз переноса, а стабилизировать состояние личности (с опорой на ее собственные резервы). Существенный вопрос, который должен быть решен еще в процессе предварительного интервью, — это готовность па-

циента к принятию психологической помощи и понимание им психологической природы его страдания.

В целом задачи психоанализа существенно сужаются: мы не ставим в таких случаях задачу реконструкции личности, а постоянно остаемся исключительно в рамках актуальной проблемы и исключительно — актуальной терапевтической задачи. Однако при этом ни на секунду не прекращается аналитическое исследование пациента, но с качественно иным подходом: мы не формируем ту личность, какой она могла бы стать (при отсутствии погрешностей в развитии), а апеллируем к той личности, которая есть, и предоставляем ей возможность использовать наличные ресурсы для того, чтобы восстановить душевное равновесие. Это естественно дополняет перечень диагностических критериев, в частности, фактором достаточной сохранности личности (с точки зрения ее пригодности для краткосрочной терапии).

Еще раз повторю, мы целенаправленно формируем позитивный перенос и демонстрируем пациенту позитивный контрперенос. Несколько упрощая, можно сказать, что именно образ хорошего родителя, чья любовь, понимание и принятие снижают значимость актуальной (реальной или мнимой) угрозы, утраты или иной психической травмы, является ключевым элементом краткосрочной психотерапии.

Существенное примечание — любовь ни в коей мере не демонстрируется, даже вербально — она только подразумевается. Влечения в процессе краткосрочной терапии практически не вскрываются и почти не «интерпретируются, разве что только обозначается возможная связь между функциями Эго и влечениями, связанными с конфликтом или провоцирующими конфликт.

Что чаще всего вызывает сомнения и критическое отношение аналитиков к краткосрочной терапии? Прежде всего

то, что с психоаналитической точки зрения бессознательный конфликт пациента нередко остается неизвестным ему, и тем самым как бы нарушается один из основных принципов психоанализа — сделать бессознательное сознательным. Но в данном случае терапевт должен исходить не из принципов классического психоанализа, а из того, что пациент ставит перед собой и перед терапевтом вполне конкретную задачу: разрешение актуального конфликта. И успех терапии определяется лишь тем, решена эта задача или нет.

Некоторые специалисты считают, что в краткосрочной терапии можно усиливать акцент на интерпретациях, если опытный терапевт смог оперативно выявить основную проблему и очертить основные задачи ее проработки. В таких случаях вся работа будет направлена на облегчение или устранение симптома. Для этого требуется оперативно выделить несколько моментов, на которых строится краткосрочная аналитическая работа:

— выбор проблемы, имеющей решающее значение для пациента или для психодинамики;
— концентрация внимания пациента и терапии на проблеме и текущей реальности;
— проведение терапии в рамках позитивного переноса, а не регрессии;
— расчет на собственный психический потенциал клиента.

Когда этого не происходит и терапевт остается в рамках догматического понимания психоанализа, возникает парадоксальная и даже трагическая ситуация, когда терапевт последовательно уклоняется от обсуждения насущной проблемы, а пациент тщетно пытается получить помочь и облегчение.

Нельзя не признать, что в данном случае психоанализ сближается с рациональной терапией, но, безусловно, не

подменяется ею, так как продолжает базироваться на метапсихологии, представлениях о структуре психики и таких базисных понятиях, как «бессознательное», «сопротивление» и «защита», «роль детской психической травмы», а также таких психодинамических феноменах, как «перенос», «отреагирование», «оплакивание», «катарсис», «интерпретации», «инсайт» и т. д.

Поскольку мы никогда не знаем точно, насколько пациент ориентирован на протяженный курс анализа с высокой интенсивностью сеттинга, можно сказать, что каждый случай должен начинаться как вариант краткосрочной терапии, и уже в процессе ее возможно принятие (совместного с пациентом) решения о том, готов ли и хотел бы он пойти дальше?

Как правило, у начинающих терапевтов почти все случаи оказываются краткосрочными, в то время как наиболее успешным этот вариант корригирующего воздействия может быть только «в руках» очень опытного терапевта. Это и составляет один из парадоксов современной краткосрочной психодинамической терапии.

Кризисная интервенция и дебрифинг при массовой психической травме

Различия между кризисной интервенцией и дебрифингом весьма несущественны и фактически дебрифинг является одним из вариантов кризисной интервенции или «неотложной психологической помощи» в ситуации острого стресса. Общепризнано, что вся психопрофилактическая работа в этих случаях должна быть «центрирована» исключительно на проблеме, на актуальной ситуации и переживаниях, а не на личности. Чаще всего, в силу многих причин и оснований, такая работа осуществляется в группе, с соблюдением некоторых общих принципов групповой терапии. Тем не менее практический опыт показывает, что это правило («проблем-центрированности») обычно оказывается трудновыполнимым, так как острая травма провоцирует резкое снижение защит и «регресс» к другим (предшествующим) травматическим переживаниям, вплоть до раннего детства. При этом чем меньше интенсивность реакции на актуальную психическую травму, тем чаще пострадавшие регрессируют к глубоким личностным проблемам. Поэтому всегда целесообразно сочетать групповую работу с индивидуальной и во всех случаях деликатно выводить старые (глубоко инди-

видуальные) проблемы за пределы группы (которая, и это очень существенно, по сути — не является терапевтической!). Более того, в процессе дебрифинга нужно стараться четко (методически) разделять не только актуальные переживания и личностные проблемы («вплетенные» в кризисную ситуацию), но и (организационно) время и место их предъявления, а также — специалистов, с которыми проводится их обсуждение (то есть — специалист в области групповой работы не должен совмещать ее с индивидуальной).

Еще раз повторим, что дебрифинг не является терапией и не преследует терапевтических задач. Он направлен лишь на минимизацию последствий тяжелой психической травмы. Можно не любить или даже не принимать концепцию З. Фрейда, но нельзя не признать, что одно из его величайших открытий тысячекратно подтверждено практикой и является основой всех существующих психотерапий. В частности, имеется в виду распространение закона сохранения энергии на психику и сохранение психических содержаний. Согласно этому закону любое психическое содержание, особенно эмоционально значимое, однажды вошедшее в психику, никогда и никуда не исчезает, а трансформируется в другие содержания, при этом тяжелые негативные переживания (которые и забыть нельзя, и помнить невозможно), как правило, трансформируются в патологические психические феномены. А главным способом предотвращения такой трансформации является отторжение негативных психических содержаний путем их вербализации (как правило, многократной и высоковариативной, включая творчество и т. д.).

Считается, что оптимальным для дебрифинга является период около 48 часов после полученной психической травмы. Но, скорее, это отражает длительность организационного периода и появления возможности для начала такой работы.

В целом же, повторим еще раз, чем раньше начат дебрифинг, тем лучше для пострадавших.

Следующее существенное примечание. Работа специалиста или всей группы специалистов-психотерапевтов и психологов совершенно не преследует цели восстановления объективной последовательности или объективного содержания травматического события (это удел следственных органов и т. п. структур). Мы работаем только с психической реальностью, которая, как известно (благодаря тому же Фрейду), отражает или замещает объективную реальность, но никогда полностью не соответствует последней. Задача дебрифинга не установление истины, не критический разбор ситуации, не сопоставление различных мнений, а именно обсуждение актуальных (связанных с травматогенной ситуацией) проблем и отторжение актуальных переживаний, в какой бы форме оно ни осуществлялось. И даже если мы видим, что рассказ кого-то из членов группы и нюансы событий, которых, возможно, не было и не могло быть, «творятся» прямо сейчас — то и эта психическая реальность принимается как объективная (для конкретной личности). Этот подход также основывается на гениальном открытии создателя психоанализа, что само течение этих рассказов, их внутренняя динамика и содержание всегда не случайны и не умышленны, а закономерно детерминированы содержанием бессознательной сферы говорящего. Именно поэтому темы для обсуждения предлагает не «дирижер», а члены группы (которые говорят не о том, что было бы интересно узнать дирижеру, а о том, что им хотелось бы высказать).

Все, что касается проработки проблем, переструктурирования травматического опыта, работы с горем, оплакивания и отреагирования эмоций, — это уже специальные темы, требующие длительной работы и специальной подготовки

терапевтов. Дебрифинг обычно бывает достаточно кратким (6–10 сессий) и, естественно, он не отменяет необходимости последующей терапии и реабилитации.

Наиболее трудным представляется дебрифинг с различными категориями врачей и психологов, которые, хотя и осуществляют его сами (с пострадавшими), чаще всего демонстрируют высочайший уровень сопротивления личной психопрофилактической работе и такой же уровень иллюзорной уверенности, что «синдром профессионального сгорания» и «психическое заражение» — это все не о них. Нередко сказывается и ощущение определенного превосходства над коллегами, привлекаемыми к осуществлению дебрифинга, которые не были вовлечены непосредственно в работу с пострадавшими и поэтому воспринимаются работавшими в «очаге» как менее опытные профессионально, что, безусловно, также относится к сопротивлению (к нашему счастью, большинство психотерапевтов чаще всего не имеет всего травматического опыта наших пациентов, но это не мешает нам быть полезными для них). Поэтому до начала и параллельно дебрифингу специалистов, ранее привлекавшихся к работе с пострадавшими, целесообразно проводить семинары, разъясняющие суть и содержание психопрофилактической работы. При работе с психологами, психиатрами и психотерапевтами из Беслана мне пришлось потратить достаточно много времени и сил на убеждение их в целесообразности такой работы и использовать ряд образных сравнений. Например, задавался вопрос: «А стали бы вы участвовать в психопрофилактической работе с пострадавшими, если бы они находились на территории радиоактивного загрязнения или в очаге тяжелых инфекционных заболеваний?». Некоторые отвечали утвердительно, другие говорил, что, скорее всего, нет. Тогда предлагался другой вопрос: «А если бы вы все-

таки участвовали в такой работе, считали бы вы необходимой реабилитацию и лечение?». Большинство отвечало утвердительно. И тогда было уместно спросить: «Почему же вы, специалисты, не хотите признать возможность “психического заражения”?». В целом, можно признать, что все три группы симптомов, характерных для ПТСР (той или иной степени выраженности), наблюдались и у специалистов, работавших с пострадавшими, впрочем, как и у тех, кто осуществлял с ними дебрифинг, что еще раз подчеркивает необходимость многоступенчатого дебрифинга.

Мужское и женское в психотерапевтической культуре

Несмотря на особое внимание, которое уделяется вопросам половозрастного развития, идентификации и связанным с гендером кризисам в теории и практике психотерапии (применительно к пациентам), все связанное с полом психотерапевта и проекцией этого фактора на психотерапевтический процесс остается малоизученным. Более того, возникает ощущение некоего избегания этой темы в профессиональном сообществе. В итоге, следовало бы признать, что понятием «пол специалиста» в нашем профессиональном сообществе стараются пренебрегать или выдавать его за некий несущественный фактор. Большинство моих супервизантов и коллег — и мужчин, и женщин — на вопрос: «С кем вам легче работать — с мужчинами или женщинами?» — в абсолютном большинстве случаев отвечают, что пол пациента не имеет для них никакого значения. Не скрывается ли за этим отрицанием нечто, чего мы не хотим замечать? В этой публикации я попытаюсь (и лишь весьма приблизительно) обозначить некоторые аспекты возможного влияния пола специалиста применительно к психотерапии.

Кое-что из психофизиологии

Если исходить из психофизиологии, то женщины более разговорчивы, слышат значительно лучше мужчин, они воспринимают гораздо больше нюансов эмоциональной окраски речи, чаще предрасположены к эмпатии и склонны делиться своими чувствами и переживаниями, а мужчины, наоборот, стремятся контролировать свои чувства. Мной уже поднималась эта тема, но — опять же (с неким психотерапевтическим нарциссизмом) — применительно к пациенту. В частности, рекомендовалось женщину-пациента терпеливо слушать, не пытаясь решать ее проблемы за нее, а мужчину — больше побуждать говорить и выражать свои чувства, в том числе демонстрируя, что и психотерапевт это делает — говорит и выражает свои чувства. Но можно (и, вероятно, нужно) взглянуть на проблему и с другой стороны: женщина-психотерапевт (с этой точки зрения) будет более активна в коммуникации с пациентом, она воспримет больше нюансов его речи и эмоций, она будет более эмпатична и чаще будет апеллировать к собственным чувствам в процессе психотерапии. Это заключение можно дополнить наблюдениями других авторов, в частности, что мужчины-психотерапевты всегда в более негативных терминах описывают матерей и их роль в формировании психопатологии, чаще склонны к нормативным утверждениям и обсуждению темы смерти, а женщины-психотерапевты больше времени уделяют проблемам телесности и чувств. Как известно, у мужчин лучше развито пространственное и логическое мышление, а у женщин — интуиция и чувство времени. У женщин в несколько раз больше рецепторов кожи, и они более ориентированы на телесность в целом (в отличие от мужчин, «настроенных» преимущественно на генитальность). Обоняние женщин

также в десятки раз превосходит мужское, но зато у мужчин лучше зрение, и это одна из их эрогенных зон.

Вряд ли эти качества (вернее — отличия) мужчин и женщин-психотерапевтов нивелируются в психотерапевтической ситуации. И тогда мы могли бы предположить, что и кабинет мужчины-психотерапевта, и его «психотерапевтическое пространство» будут более структурированы, а его интерпретации — чаще апеллировать к логике, в то время как женщина-психотерапевт будет больше уделять внимания сеттингу и ориентироваться на собственную (безусловно, профессиональную) интуицию. Психотерапевт-женщина также будет более чувствительна к феромонам (и естественным, и синтезированным), а психотерапевт-мужчина вряд ли может быть абсолютно равнодушным к эротическому облику пациентки, особенно если она целенаправленно подчеркивает свою сексуальность; и мы знаем, что попытки «соблазнения» психотерапевта — это далеко не редкость. Напомню коллегам, что даже в нашем, действующем на основе достаточно высоких этических норм психоаналитическом сообществе сексуальные отношения с клиентами имеют до 10% мужчин-психотерапевтов и 5% женщин-психотерапевтов.

Нам также известно, что женщинам обычно нужна предшествующая интимность отношений, чтобы получить полное удовлетворение от сексуальности, а мужчина — чаще приходит к интимности через сексуальность. Таким образом, в диаде разнополых терапевта и пациента исходно присутствует своеобразный соблазняющий фактор.

Поведенческие феномены

В исследованиях В. Геодакяна были обоснованы ряд поведенческих отличий мужчин и женщин или, как их обо-

значает автор, «полоролевых генетических программ», общих для всех млекопитающих. В частности, мужчины, в отличие от женщин, характеризуются:

— наступательно-эротическим поведением[1];
— более высоким уровнем агрессивности;
— более развитыми пространственными способностями;
— более развитым чувством собственной территории и защиты;
— более высокой толерантностью к боли;
— большей настойчивостью в достижении цели;
— меньшей склонностью к поддержанию связей с родственниками и детьми;
— большей потенцией к переходу из одной социальной группы в другую;
— высокой потребностью в поиске новых раздражителей;
— предрасположенностью к хищническому поведению в целом;
— более выраженной реакцией на угрозу;
— и в дополнение к предыдущему пункту — более медленной выработкой оборонительных реакций.

Психотерапевтам вряд ли стоило бы предполагать, что они являются исключением и эти полоролевые программы характерны для всех млекопитающих, кроме них. Исходя из концепции В. Геодакяна, можно было бы сделать еще немало выводов, но ограничимся только этими предварительными, предоставив остальные читателю.

Здоровье и болезни

Как известно, женщины гораздо чаще прибегают к помощи врачей общей практики и составляют большую часть

[1] В отличие от женского — оборонительно-соблазняющего.

пациентов практически во всех клиниках, за исключением наркологических отделений, где 90% пациентов — мужчины. Сроки нахождения женщин в стационаре также, как правило, более длительны, чем у мужчин. То есть проблема здоровья (и заботы о здоровье) для женщин, в целом, более значима, и они уделяют ей, включая фитнес, косметологию, стоматологию, активный отдых и т. д., гораздо больше внимания, времени и средств. Тем не менее именно мужчины справедливо считаются более подверженными наиболее опасным заболеваниям: атеросклерозу, гипертонии, инфаркту, инсульту, раку, СПИДу. В итоге: хотя женщины болеют больше, мужчины умирают раньше (в среднем на 7 лет).

Настораживают ли эти данные нас — психотерапевтов? Имеется в виду — в отношении нас самих? У меня нет систематических исследований по этому вопросу, но обычные житейские наблюдения показывают, что большинство коллег-мужчин обращаются к врачам интернистам исключительно по жизненным показаниям, а тема сохранения своего профессионального здоровья редко выходит за рамки обсуждения «типичной» терапевтической усталости за «рюмкой чаю».

Психопатология

Во многом аналогичная ситуация и в родственной нам психиатрии и в родной психотерапии. За исключением шизофрении, где оба пола представлены практически равно, женщины страдают от психических расстройств чаще, в том числе — от параноидных, депрессивных, тревожных, а также от расстройств в форме «множественности личности», соматизации, синдрома хронической усталости и т. д. Но мужчины больше подвержены всем формам социальной патологии: алкоголизму, наркоманиям, курению, азартным играм и

преступности. У них же преобладают (а нередко являются исключительно «мужскими») почти все формы сексуальных девиаций: педофилия, эксгибиционизм, мазохизм, садизм, вуайеризм, фетишизм.

Благодаря психоанализу мы хорошо знаем, что все упомянутые выше клинические варианты психопатологии имеют психологические эквиваленты и скрытые формы, которые в нашей среде встречаются не реже, чем в популяции; а иногда и чаще. И в этой констатации нет негатива! Более того, в отличие от тех, кто реализует свои патологические комплексы, причиняя боль другим, психопатологи предпочитают знать и контролировать их, помогая другим преодолеть унижения и страдания, причиненные другими.

Кто к нам обращается и с чем?

Здесь уместнее апеллировать к отечественному опыту и привести результаты исследований А. И. Куликова. Более 70% всех обращений (в данном случае — к психоаналитикам) составляют женщины преимущественно в возрасте от 30 до 40 лет, с высшим образованием, которые самостоятельно приняли решение о потребности в психотерапии и самостоятельно ее оплачивают. При этом продолжительность страдания или присутствие причины для обращения к психотерапевту в 74% случаев определяется периодом в 5–10 лет.

Выделим первые 10 ведущих причин обращения к психотерапии (рейтинговый список), охватывающий 83,6% всех возможных вариантов: 1) отношения с супругом или сексуальным партнером; 2) проблемы самопонимания; 3) проблема сниженной самооценки; 4) сложности становления или поддержания интимных отношений; 5) сложности отношений с другими членами семьи; 6) чувство одиночества, страха,

депрессии и/или злости; 7) соматические проблемы; 8) сложности решения жизненных проблем в целом; 9) проблемы карьеры и межличностных отношений (в коллективе и т. д.); 10) слишком сильные эмоциональные реакции на события.

Казалось бы, что этот перечень имеет исключительно познавательное значение. Тем более что, с учетом контингента пациентов, мы могли бы обозначить эти проблемы как преимущественно женские. Но на самом деле — это именно те проблемы, с которыми мы (и мужчины, и женщины-психотерапевты) не только постоянно сталкиваемся, но и систематически «заражаемся», а межличностные отношения, которые мы (в нашей собственной психотерапевтической среде) не слишком склонны исследовать, нередко, а иногда — и в гиперболической форме, моделируют то, что происходит в психотерапевтическом процессе. В итоге то, что по крупицам сочится и растворяется в индивидуальных кабинетах специалистов, широким потоком выливается в коридоры, комнаты отдыха и кулуары психотерапевтических сообществ.

Резюме

Если мы суммируем все благоприятные и неблагоприятные аспекты поведения и деятельности, связанные с полом, то могли бы еще подтвердить широко известный вывод, что мужской пол — это всегда некоторый фактор риска, в то время как женский — является хотя и «страдательным», но более стабильным. И этот вывод во многом определяет то, что будет констатировано далее. Не только большинство пациентов, но и большинство психотерапевтов — женщины, и эта общемировая тенденция усиливается от десятилетия к десятилетию. Характерно и другое: очень немногие специалисты берутся за терапию типично мужских страданий — типа алкоголизма,

наркоманий, игровой зависимости, асоциального поведения, предпочитая, как справедливо отмечает Корнелия Крауз-Гёрт, пациентов-мужчин с типично женскими формами страдания (депрессией, тревожностью и т. п.) или просто — пациентов-женщин. Далее автор дает возможную интерпретацию такой психотерапевтической «дискриминации» при отборе пациентов: «женщины более мотивированы, конформны, экспрессивны, менее доминантны, менее агрессивны и часто менее глубоко нарушены, поскольку приходят на более ранних стадиях, чем мужчины...».

А теперь обратимся к другой стороне проблемы. Несмотря на то, что большинство психотерапевтов — женщины, все ключевые позиции на кафедрах университетов и институтов, а также в профессиональных сообществах занимают психотерапевты-мужчины. Аналогичное положение и в приоритетах исторических открытий, в разработке теоретических положений психотерапии, а также в рейтинге самых известных и самых цитируемых авторов.

Одновременно с этим следует отметить, что по результатам «Стокгольмского проекта исследования результатов психоанализа» (2001) психотерапевты-женщины показали лучшую эффективность работы как с пациентами-женщинами, так и с мужчинами. А по данным анкетирования 2000 мужчин-психотерапевтов (Д. Орлински с соавт., 1996), большинство из них характеризуют свое психотерапевтическое поведение в терминах типично женских установок, в частности, как «понимающее, терпимое, дружелюбное, сердечное, неравнодушное, интуитивное». Эти результаты могут иметь, как минимум, две не исключающих друг друга интерпретации: 1) практика психотерапии требует типично женских установок и в силу этого профессия формируется преимущественно из числа женщин или из числа мужчин с

женскими психологическими установками; 2) становление профессионала в психотерапии, в том числе мужчины-психотерапевта, требует от него целенаправленного формирования и принятия женской психологической установки, в силу чего он частично «жертвует» ей мужской идентичностью, компенсируя эту жертву ориентацией на личные достижения, престиж и лидирующее положение в женственном профессиональном сообществе...

В заключение позволю себе высказать предположение, что в такой специфической сфере, как психотерапия, несмотря на все сказанное до этого, мужское и женское остается типично мужским и женским, хотя и с высоким уровнем материнской проекции на деятельность специалистов обоих полов.

Два случая злоупотребления одним пациентом[1]

Правила и этика психотерапии складывались постепенно, и многое из того, что сейчас воспринимается как очевидное нарушение терапевтических границ нашими предшественниками, вряд ли заслуживает строгого осуждения. Тем не менее, ничуть не умаляя их заслуг, мы всегда стараемся не канонизировать их подходы и внимательно изучать их опыт, признавая, что ошибки великих людей — это великие ошибки, требующие самостоятельного анализа. Двум различным вариантам таких «великих ошибок» и будет посвящено это послесловие.

Как известно, первые признаки тяжелого депрессивного состояния появились у Панкеева в период обучения в Санкт-Петербургском университете, в связи с чем он почувствовал, что сдать весенние экзамены у него нет ни малейших шансов[2]. Эти признаки описываются самим Панкеевым достаточно точно, почти по DSM-IV. Он отмечает, что чувствовал свою безучастность по отношению ко всем

---

[1] Впервые опубликовано в: Фрейд, З. Собрание сочинений в 26 т. Т. 4. Невроз навязчивости. Человек-волк. Человек-крыса. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2007. — С. 255–262.

[2] Панкеев, С. Мемуары Человека-волка // З. Фрейд. Собрание сочинений в 26 т. Т. 4. Невроз навязчивости. Человек-волк. Человек-крыса. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2007. — С. 248.

событиям и жизненным переживаниям, свою неспособность общаться с другими людьми, и подчеркивает разительный контраст между пульсирующей вокруг жизнью и «гнетущей пустотой» в нем самом[1]. Позднее, как мы знаем, Крепелин и Фрейд несколько по-иному классифицировали психическое страдание С. Панкеева, но применительно к нашей задаче это не так существенно.

Как раз в этот период в Петербурге оказался его отец, и поскольку они оба (и отец, и сын) пришли к выводу об аномальном психическом состоянии последнего, а также о том, что все предыдущие (ими же изобретенные) методы терапии оказались неэффективными, было решено обратиться за помощью к психиатру — профессору Б. (сейчас нам известно, что это был В. М. Бехтерев).

Хорошо известно, что после самоубийства сестры Панкеева — Анны, его родители решили основать в Одессе лечебницу для психоневрологических больных. По стечению обстоятельств именно в этот период времени отец Панкеева обратился к В. М. Бехтереву, который как раз вынашивал план организации в Санкт-Петербурге аналогичного института для научных исследований в области нервных болезней (в тот период нервные и психические болезни еще не были строго дифференцированы).

Узнав о намерениях родителей Панкеева, В. М. Бехтерев тут же связался с отцом его (еще будущего) пациента и старался убедить его изменить свое решение относительно Одессы и направить денежные средства на создание аналогичного института в Санкт-Петербурге[2]. На этом этапе, строго

---

[1] Панкеев, С. Мемуары Человека-волка // З. Фрейд. Собрание сочинений в 26 т. Т. 4. Невроз навязчивости. Человек-волк. Человек-крыса. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2007. — С. 248.

[2] Там же.



Сергей Панкеев — Человек-волк

говоря, еще нет злоупотребления пациентом, а лишь, скажем так — предварительные переговоры двух заинтересованных сторон. Однако отец Панкеева обещал только подумать над этим предложением, но не дал каких-либо гарантий.

После первой консультации, которая состоялась в гостинице, где жил отец Панкеева и куда приехал В. М. Бехтерев, пациент был приглашен на сеанс гипноза. В то время еще не было строгих правил психотерапии, и посещение пациента было обычным делом, хотя и стоило несколько дороже. Так что и здесь нам еще не в чем упрекнуть нашего выдающегося соотечественника, кстати, напомним — искусного гипнолога, обладавшего располагающей к доверию внешностью, хорошо поставленным голосом и широкой известностью, которые всегда усиливают эффект внушения.

Однако уже на следующий день мы сталкиваемся с явным злоупотреблением статусом терапевта и попытками использования пациента. Войдя в клинку профессора Бехтерева, Панкеев обнаружил множество ожидающих и приготовился к тому, что «до него очередь дойдет не скоро»[1], тем более что большинство желающих получить консультацию мужчин и женщин были значительно старше его и, судя по их внешнему виду, «принадлежали к петербургскому высшему обществу». Каково же было изумление «студента», когда сразу после его появления была названа его фамилия и, как пишет он сам, ему было оказано предпочтение перед всеми другими пациентами. Демонстрация такого предпочтения, вне всякого сомнения, носила манипулятивный характер и была попыткой использования пациента или злоупотребления пациентом, одновременно создавая у него установку на особый статус и

[1] Панкеев, С. Мемуары Человека-волка // З. Фрейд. Собрание сочинений в 26 т. Т. 4. Невроз навязчивости. Человек-волк. Человек-крыса. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2007. — С. 248..



Отец Сергея Панкеева, около 1907 г.

ориентацию на лечение исключительно у выдающихся врачей современности.

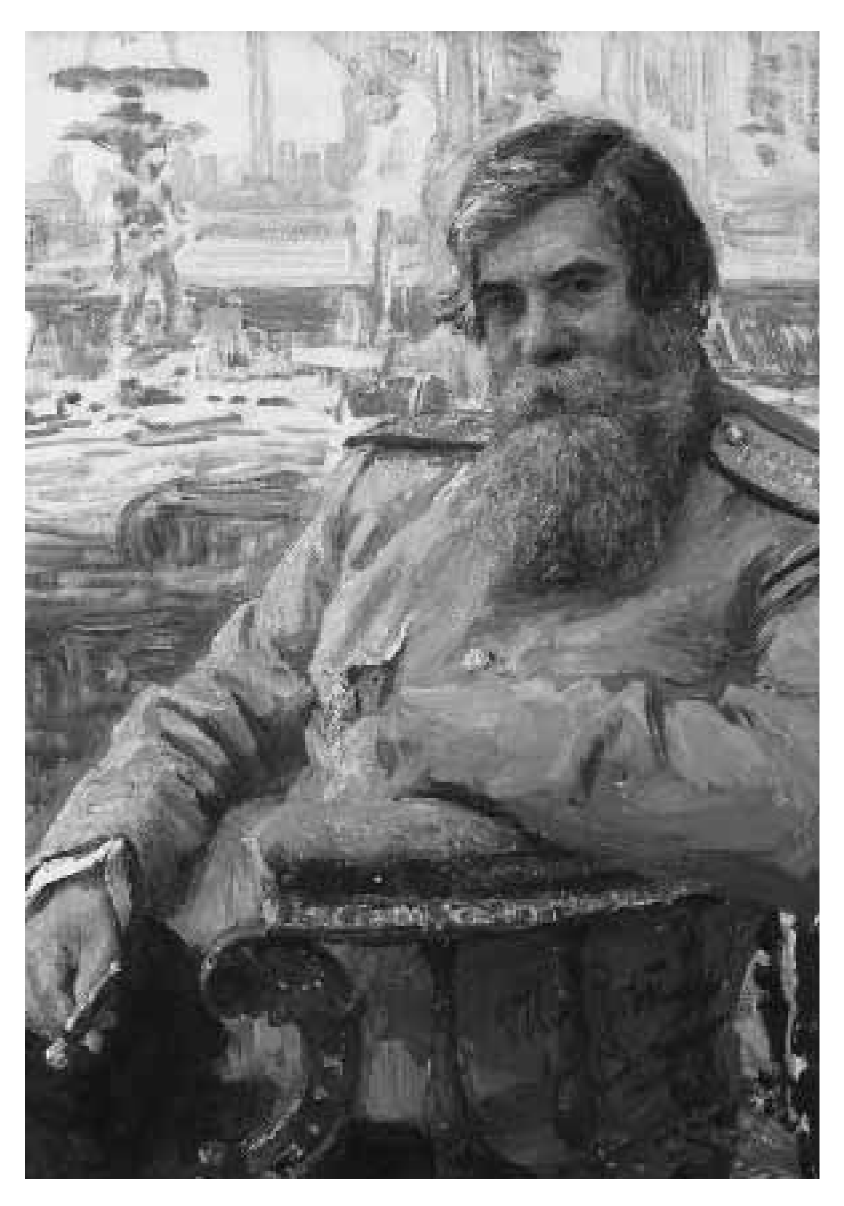
Проведенный Бехтеревым сеанс гипнотерапии, в силу его типичности, мог бы не заслуживать нашего внимания, если бы после серии внушений, направленных на редукцию патологической симптоматики, не последовал, мягко говоря, не слишком этичный текст, который Панкеев приводит полностью в своих воспоминаниях. Я прошу простить меня за длинную цитату, которую приведу почти полностью. Но до этого еще раз напомню — это не рациональное убеждение

пациента, а директивное внушение, сделанное в процессе сеанса гипноза.

«Как вам известно, — внушает В. М. Бехтерев, — ваши родители хотят пожертвовать крупную сумму на учреждение неврологической больницы. Так вот, в Санкт-Петербурге вскоре начнется строительство здания для Психоневрологического института. Институт этот создается для того, чтобы изучать причины нервных заболеваний и методы их лечения. Дело это очень важное и нужное, поэтому вы постараетесь повлиять на вашего отца и убедить его в том, что средства ему надо пожертвовать на нужды Психоневрологического института»[1].

Я не сомневаюсь, что В. М. Бехтерев, как это было принято и тогда, и делается сейчас, в конце сеанса гипноза внушал своему пациенту, что он забудет все сказанное, но действие внушений сохранится. Однако, несмотря на безусловный талант опытного гипнолога, как отмечает Панкеев, на протяжении всего сеанса он находился в совершенно бодрствующем состоянии. Имея некоторый опыт гипнолога, могу сказать, что так же, как и при любых других методах психотерапевтического воздействия, внушение, производимое в ситуации неискренности терапевта, всегда оказывается неэффективным. Кроме того, внушение становится более действенным при наличии высокой мотивации к выздоровлению и определенной примитивности личности пациента, что вряд относится к Панкееву (во всяком случае, в этот период). К этому следовало бы добавить известное мнение выдающегося французского психотерапевта Лиона Шертока, который, обобщая свой опыт гипнолога и психоаналитика, высказывал существенный скепсис в отношении первого, подчеркивая,

[1] Панкеев, С. Мемуары Человека-волка // З. Фрейд. Собрание сочинений в 26 т. Т. 4. Невроз навязчивости. Человек-волк. Человек-крыса. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2007. — С. 250.



Владимир Бехтерев

что «мы делаем вид, что гипнотизируем, а пациент делает вид, что он загипнотизирован». Можно вспомнить также широкую и не лишенную оснований научную полемику о гипнозе в начале XX века, в процессе которой один из признанных мэтров того времени — Жозеф Бабинский — заявил, что медицинское использование гипноза аморально, так как оно позволяет стать позади сознания или «нырнуть» под него.

Что же произошло в итоге? После сеанса гипноза Панкеев предоставил отцу правдивый отчет о его визите к профессору и отметил, что отец не слишком доволен сообщением о той роли, которая предназначалась пациенту в связи с открытием неврологического института. Тем не менее на следующий день Панкеев проснулся в значительно более приподнятом настроении, которое продолжалось целый день. Однако на следующий день оно значительно ухудшилось, а на третий день — «от него вообще ничего не осталось». И пациент совершенно четко указывает причину — почему (я цитирую): «Из-за того, что к моему лечению припуталось дело с Психоневрологическим институтом, я больше не посещал сеансы гипноза у профессора Б.»[1]. Далее в своих воспоминаниях Панкеев добавляет: «Кроме того, моему отцу очень не понравился гипноз, поскольку в нем он видел опасность слишком сильной зависимости пациента... Я разделял его точку зрения». В итоге (еще одна цитата): «У меня осталось лишь одно желание — я хотел поскорее уехать из Санкт-Петербурга»[2].

Может показаться, что эта ошибка имеет исключительно историческую ценность и мало применима к современной психотерапии, а уж тем более — к психоанализу. Увы, это не

---

[1] Панкеев, С. Указ. соч. — С. 252.

[2] Панкеев, С. Мемуары Человека-волка // З. Фрейд. Собрание сочинений в 26 т. Т. 4. Невроз навязчивости. Человек-волк. Человек-крыса. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2007. — С. 252.

так. Приведу два случая из собственного опыта, когда пациенты обращались ко мне, покинув своих предшествующих психоаналитиков. В одном случае это произошло после того, как терапевт (в самых вежливых и изысканных выражениях), в силу его занятости, попросил пациента встретить вместо него на вокзале ближайшего родственника и доставить его домой. Пациент, безусловно, откликнулся и выполнил эту просьбу, но на терапию он больше не пришел. В другом случае терапевт предложил пациенту (после года совместной работы), опять же — исходя из своих личных обстоятельств (как объяснял пациент — «в связи с потребностью приобретения новой мебели для кабинета»), оплатить 20 сессий вперед. С тем же результатом. Пациент ушел.

Теперь мы обратимся к, казалось бы, качественно иной ситуации, подробно описанной в воспоминаниях следующего (после Фрейда) терапевта Панкеева, а именно — Рут Мак Брюнсвик[1].

Как известно, Панкеев начал анализ у Фрейда в январе 1910 года и завершил его в 1914, при этом — завершил успешно[2], о чем Фрейд и поведал научному сообществу в одной из его самых известных работ (1918). Нужно отметить, что личность Фрейда, в отличие от В. М. Бехтерева, «настолько поразила и впечатлила» Панкеева, что он сразу сообщил о своем «окончательном решении»[3] лечиться именно у него. И уже через несколько первых месяцев анализа Панкеев отмечал, что «перед ним открылся совершенно новый мир...», и многое из того, что он не мог понять в своей жизни, «стало проясняться»[4].

---

1 Брюнсвик, Р. Дополнение к статье Фрейда «Из истории одного детского невроза» (1928) // Человек-волк и Зигмунд Фрейд. Сборник / Пер. с англ. — К.: Port-Royal, 1996. — С. 240–243.

2 Брюнсвик, Р. Указ. соч. — С. 243.

3 Панкеев, С. 1909–1914: Переменчивость в решениях // Человек-волк и Зигмунд Фрейд. Сборник / Пер. с англ. — К.: Port-Royal, 1996. — С. 90.

4 Там же.

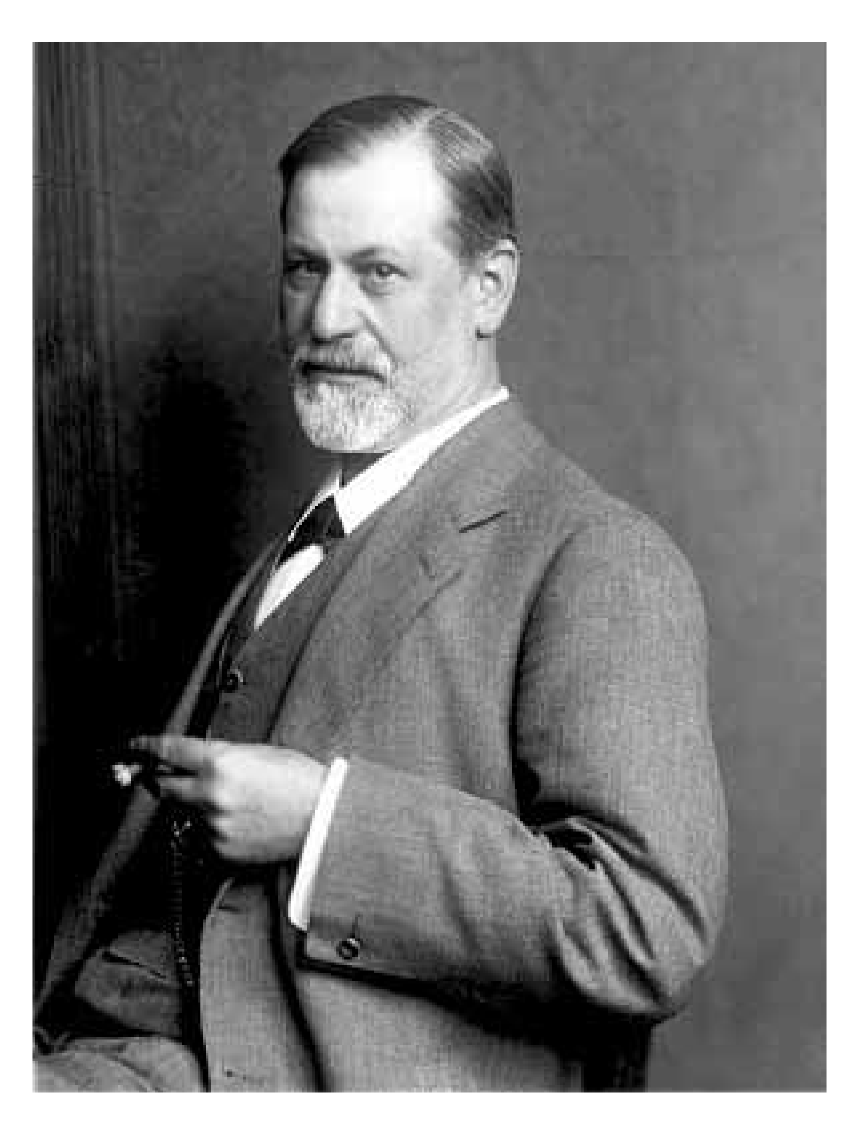
Очень кратко остановимся на первой ошибке Фрейда — его жестком запрете на встречи Панкеева с его возлюбленной — Терезой, хотя современный терапевт никогда бы не сделал этого. Мы обсуждаем и исследуем проблемы и желания пациентов, но решение всегда принадлежит им. Отмечу, однако, что в одном из писем Терезы к Сергею, написанном после их первой встречи, когда по истечении четырех лет терапии Фрейд наконец «милостиво» разрешил Панкееву поехать к ней, будущая жена писала: «Ты приехал как раз вовремя. Иначе я просто бы умерла от горя»[1]. Учитывая известную нам предрасположенность Терезы к суициду, которая в конечном итоге завершилась тем, что 31 марта 1938 года она «действительно открыла газ»[2], ее слова из письма 1914 года воспринимаются не только как поэтическая гипербола. И это также могло быть на совести аналитика, а написанная позднее фраза Сергея Панкеева об отношении Терезы к Фрейду воспринимается как не слишком искренняя. В частности, Панкеев вспоминает, что «Терезе было очень трудно подчиниться предписанию профессора Фрейда об отсрочке нашей свадьбы до конца моего лечения. Тем не менее она никогда не держала на него зла»[3]. Как мы знаем, отрицание обиды вовсе не является синонимом самых добрых чувств. Этот вывод усиливается воспоминаниями Панкеева о первой встрече Терезы с Фрейдом в 1914 году, хотя у последнего вначале «сложилось о ней ошибочное представление»[4]. А так как об

[1] ТПанкеев, С. 1909–1914: Переменчивость в решениях // Человек-волк и Зигмунд Фрейд. Сборник / Пер. с англ. — К.: Port-Royal, 1996. — С. 93.

[2] Там же. — С. 125.

[3] Панкеев, С. 1909–1914: Переменчивость в решениях // Человек-волк и Зигмунд Фрейд. Сборник / Пер. с англ. — К.: Port-Royal, 1996. — С. 95.

[4] Панкеев, С. 1914–1919: после моего анализа // Человек-волк и Зигмунд Фрейд. Сборник / Пер. с англ. — К.: Port-Royal, 1996. — С. 96.



Зигмунд Фрейд

этом говорит сам Панкеев — эти «ошибочные представления» терапевта были изложены пациенту.

Затем отношения Фрейда и Панкеева в связи с началом Первой мировой войны, женитьбой пациента, его отъездом в Россию и революцией в России на длительный срок прерываются. В результате революции, как известно, семья Панкеева утрачивает все свое состояние. А еще до этого умирает (по некоторым данным — кончает жизнь самоубийством) отец Панкеева.

В процессе следующей встречи (04.12.1919) Фрейд подарил Панкееву свою новую книгу по теории неврозов (1918), где был подробно описан его случай как типичный пример невроза навязчивого состояния. Я не обнаружил в доступных мне текстах какой-либо реакции Панкеева на эту публикацию, впрочем, как и сведений о запросе Фрейда на разрешение пациента использовать его материал. Современный этический кодекс психоаналитика обязательно предусматривает такое согласие.

Весной 1920 года Панкеев завершил свой повторный анализ с Фрейдом, причиной которого было не прежнее страдание, а запор истерического происхождения[1]. Тогда же обедневший Панкеев обращается к Фрейду с просьбой помочь в поиске какой-либо работы, и Фрейд чувствует себя обязанным помочь ему, действуя скорее как социальный работник, а не терапевт, но — безуспешно.

И теперь мы снова обратимся к Рут Мак Брюнсвик[2]. Летом 1926 года в связи с ухудшением своего состояния Панкеев вновь обратился к Фрейду с просьбой о продолжении

1 Панкеев, С. 1909–1914: Переменчивость в решениях // Человек-волк и Зигмунд Фрейд. Сборник / Пер. с англ. — К.: Port-Royal, 1996. — С. 243.

2 Брюнсвик, Р. Дополнение к статье Фрейда «Из истории одного детского невроза» (1928) // Человек-волк и Зигмунд Фрейд. Сборник / Пер. с англ. — К.: Port-Royal, 1996. — С. 240–243.



Сергей Панкеев в Вене во время Второй мировой войны

анализа, но Фрейд отказал ему и рекомендовал обратиться к доктору Брюнсвик, в приемной которой Панкеев оказался лишь несколько месяцев спустя — в октябре 1926. Ссылку на причину отказа отыскать не удалось. Хотя можно попытаться найти косвенное объяснение.

Последний анализ с Фрейдом (1919–1920) длился несколько месяцев и был, как уже отмечалось, успешно завершен, но Панкеев не имел средств, чтобы оплатить его. Более того, у него вообще не было работы и средств к существованию[1]. «И тогда Фрейд собрал некоторую сумму денег для своего бывшего пациента...» — эта цитата из воспоминаний Брюнсвик. И далее автор объясняет нам причину такого поступка. Это было сделано «...для своего бывшего пациента, который так хорошо послужил теоретическим целям психоанализа»[2]. И затем Фрейд еще шесть лет подряд повторял аналогичный сбор средств, что позволяло Панкееву оплачивать лечение жены, посылать ее в деревню и изредка устраивать и самому себе небольшой отпуск.

Можно ли оценивать такие отношения как терапевтические? Было ли это полезным для пациента? Чтобы ответить на этот вопрос, напомню, что когда Панкеев получил из России остатки его фамильных драгоценностей, он, якобы под влиянием жены (и это вовсе не подтверждает того, что Тереза не держала зла на Фрейда, как это упоминалось выше), решил ничего не говорить об этом Фрейду, опасаясь, что тот может отказать им в дальнейшей материальной (не терапевтической) помощи. Таким образом, мы можем сделать вывод, что вроде бы гуманно окрашенная и исходящая из самых высоких

---

[1] Брюнсвик, Р. Дополнение к статье Фрейда «Из истории одного детского невроза» (1928) // Человек-волк и Зигмунд Фрейд. Сборник / Пер. с англ. — К.: Port-Royal, 1996. — С. 243.

[2] Там же. — С. 243.

побуждений позиция терапевта привела к формированию у пациента ярко выраженных рентных тенденций. Более того, как отмечает Рут Мак Брюнсвик, с этого времени Панкеев стал «с большей жадностью относиться к деньгам, получаемым от Фрейда», в нем «все чаще стала проявляться неискренность, тогда как раньше импульсивная честность была одной из его отличительных черт», и «во всех его финансовых делах теперь появилась некая нечестность», он стал скрывать свое финансовое положение даже от любимой жены[1].

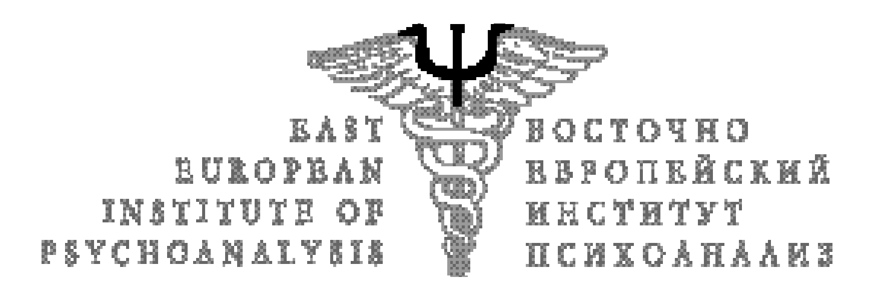
Рут Мак Брюнсвик не связывает эти перемены с именем и поведением Фрейда в отношении его пациента и не дает никаких оценочных суждений. Но одна из ее фраз достаточно красноречиво характеризует ее позицию. Я приведу ее полностью: «В апреле 1923 года профессору Фрейду сделали первую небольшую операцию в ротовой полости (по поводу рака. — *М. Р.*). Когда Человек-волк пришел к нему в канун лета за деньгами, то был поражен видом Фрейда. Тем не менее он не слишком задумывался об этом и вскоре отправился в отпуск»[2].

В связи с этой фразой укоренившееся совсем по другой причине понятие «Человек-волк» вызывает у меня и другие ассоциации. И то, что в итоге он стал именно таким, отчасти может быть связано с терапевтическими ошибками, которые неизбежны даже у гениев. Один из выводов, который мне хотелось сформулировать, состоит в том, что злоупотреблением пациентом иногда может быть и действие с исходно вроде бы позитивным знаком.

---

[1] Брюнсвик, Р. Дополнение к статье Фрейда «Из истории одного детского невроза» (1928) // Человек-волк и Зигмунд Фрейд. Сборник / Пер. с англ. — К.: Port-Royal, 1996. — С. 243.

[2] Там же. — С. 244.



Государственная лицензия Министерства образования РФ
№ А – 7238 от 24.05.2006
Свидетельство о государственной аккредитации
Министерства образования РФ № 0168 от 03.7.2006

Восточно-Европейский Институт Психоанализа учрежден в 1991 году и является первым высшим учебным заведением подобного профиля в России, реализующим полномасштабную психологическую и психоаналитическую подготовку, включая: психоаналитическое образование, персональный психоаналитический тренинг (собственный анализ), а также — супервизорскую поддержку начала практической психотерапевтической деятельности.

Институт осуществляет ежегодный набор студентов и слушателей для подготовки и переподготовки по специальности «Психология» со специализацией в клинической психологии или клиническом и прикладном психоанализе, как на базе среднего, так и на базе высшего образования.

Полный цикл обучения на базе среднего образования составляет 5 лет и осуществляется в двух формах: дневной и вечерней (в последнем случае 6 лет). С 2008 года в соответствии с изменением законодательства РФ и Болонским процессом планируется переход на двухступенчатую систему высшего образования — бакалавриат и магистратуру с присвоением квалификации «Бакалавр психологии» (1-е высшее образование) и «Магистр психологии».

Полный цикл обучения на базе высшего образования составляет 3 года и осуществляется в двух формах: вечерней и заочной.

По завершении обучения выдается государственный диплом Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки РФ по специальности «Психология» с присвоением квалификации «Преподаватель психологии» и специализации «Клиническая психология» (первое высшее) или «Психоанализ» (второе высшее).

Лекционные и семинарские занятия ведут преподаватели Института, а также специалисты из психоаналитических центров Англии, Германии, Италии, Норвегии, США, Франции и других стран (с синхронным переводом). Дополнительные семинары и клинические разборы иностранных специалистов (ежегодно около 200 часов — сверх программы) предоставляются студентам Института без дополнительной оплаты.

Прием экзаменов: при поступлении на 1-е высшее образование — с 16 июля, русский и биология письменно (принимаются сертификаты ЕГЭ по обеим дисциплинам). Начало занятий дневного отделения с 1-го сентября. Конкурс — в среднем 2 человека на место. Бюджетных мест нет. Поступление на второе высшее образование, в соответствии с законом — без экзаменов.

Установочная сессия 1-го курса заочного отделения по второму высшему образованию — с первого понедельника сентября (занятия ежедневно с 10.30 до 17.45 в течение 5–7 недель с отрывом от производства и предоставлением учебного отпуска по официальному вызову на сессию). Вечерний поток 1-го курса второго высшего образования — с 1-го сентября (занятия 2–3 раза в неделю с 18.30 до 21.30). Прием заявлений — с 1 мая по 1 сентября.

Кандидаты представляют в приемную комиссию заявление, личный листок по учету кадров (или соответствующие ему сведения — анкета имеется в Институте), копию паспорта,

аттестат в подлиннике (на момент зачисления) или ксерокопию диплома о высшем образовании с вкладышем, 5 фото 3 4 см и сообщают в деканат об избранной (дневной, заочной или вечерней) форме обучения.

Извещения о зачислении направляются деканатом заблаговременно вместе с официальным вызовом. Студенты, получающие первое высшее образование по дневной форме обучения (5-летний курс), имеют право на отсрочку от службы в армии.

Отсутствие российского гражданства не является препятствием к обучению. В настоящее время в Институте обучаются более 700 студентов из России, Украины, Беларуси, Молдовы, стран Прибалтики, Голландии, Израиля, Палестины, США, а также других стран Европы и Азии.

Адрес для переписки: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр., П. С., 18-А. ВЕИП (в графе «Для письма» необходимо указать ф. и. о., курс, поток).

Расчетный счет: N 40703810855200105540 в Петроградском ОСБ № 1879 Санкт-Петербургского банка Сбербанка Россия ч/з корсчет N 30101810500000000653 БИК 044030653. ИНН 7812008239. ОКПО 20802983. ОКОНХ 92110, 92200, 95120. Адрес банка: 197198, СПб, Большой пр., П.С., 18. В платежном поручении должны быть указаны: ф. и. о. учащегося, курс и поток — дневной или вечерний. Оплата может также вноситься непосредственно в кассу бухгалтерии Института.

Перспективы занятости: на 2001 год укомплектованность системы здравоохранения дипломированными врачами-психотерапевтами и психологами составляла, соответственно, 19% и 3%. От 70 до 90% западных психотерапевтов действуют в качестве частных специалистов, что обусловлено особой конфиденциальностью отношений пациента и терапевта, который должен быть ответственным только перед своим клиентом. В России частный психотерапевтический сектор находится в стадии его формирования и пока профессионально обеспечен не более чем на 10% потребности. Выпускники института в насто-

ящее время работают в 13 странах мира. Институт обеспечивает поддержу нострификации диплома при выезде выпускников на ПМЖ в зарубежные страны, а также осуществляет сертификацию психологов-консультантов и психотерапевтов в соответствии с требованиями Европейского стандарта, действующего на территории 40 ведущих европейских государств.

Перспективы спроса: реальная потребность только Минздрава РФ в дипломированных психологах составляет 60 тысяч (с 1968 года в СССР и России было подготовлено около 20 тысяч психологов). В частном секторе прогнозируемый спрос составляет около 300 тыс. специалистов, а реально имеется не более 15 тысяч.

Карьерный рост: в настоящее время выпускники Института возглавляют психотерапевтические службы крупных регионов России и Украины, являются ведущими сотрудниками профильных кафедр в ряде психологических и медицинских вузов, руководят отделами по персоналу и психологическими службами крупных медицинских фирм и банков, владеют рекламными агентствами, консалтинговыми и имиджмейкерскими фирмами, работают в качестве консультантов в ведущих партиях и движениях России, ведут прием пациентов в десятках частных психотерапевтических центров от Калининграда до Хабаровска и от Норильска до Краснодара.

Перспективы оплаты труда: начинающий психолог или психотерапевт психоаналитической ориентации в настоящее время зарабатывает в России, в среднем — около 200–300 руб. в час. Опытный специалист — от 600 до 1,5–3,0 тыс. руб. в час. Месячный доход психоаналитиков составляет от 25 до 75 тысяч руб.

Институт расположен по адресу: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр., П.С., дом 18-А — в старинном особняке XIX века в центре города, недалеко от Петропавловской крепости и Зимнего дворца. Кафе — клуб «Бергассе-19», уникальная библиотека и читальный зал, кинолекторий, Музей сновидений,

встречи с представителями российской и западной науки и культуры в европейских аудиториях, а также оказание консультативной помощи на базе Учебно-методического центра — доступны для всех желающих.

Проезд: от ст. метро «Спортивная» — 3 мин. пешком; от ст. метро «Петроградская» (троллейбусы №№ 1, 12 и 31, автобусы №№ 10 и 128) или от ст. метро «Невский пр.» (троллейбусы №№1 или 7) до ост. «Ул. Съезжинская».

Научно-исследовательская деятельность. Институт выполняет разработки и исследования по актуальным психотерапевтическим, социально-психологическим, социально-экономическим и политологическим проблемам. За прошедший период заказчиками Института являлись Администрация Президента РФ, Правительство РФ, Министерства образования и здравоохранения РФ, Администрация Санкт-Петербурга, ведущие государственные и коммерческие структуры, а также массовые периодические издания (газеты и журналы) города и России. Только за последние 3 года выпускниками Института было защищено более 10 диссертаций по актуальным проблемам психологии, психотерапии, психиатрии, культурологии, философии и социологии.

Издательская деятельность: сотрудниками Института издано 7 монографий и более 250 статей по актуальным проблемам психологии, психотерапии, социологии, политологии, педагогики и культурологии.

Кадровый состав. В Институте действуют 10 кафедр и работают 5 докторов и 25 кандидатов наук.

Институт аккредитован при Американской Национальной Ассоциации по Аккредитации в Психоанализе, Европейской Ассоциации Психотерапии (Австрия), Европейской Конфедерации Психоаналитической Психотерапии (Австрия), Профессиональной Психотерапевтической Лиге (Москва), Российской Психотерапевтической Ассоциации (Санкт-Петербург) и др. российских и международных организациях.

Является одним из признанных учреждений России в области подготовки психотерапевтов и психологов. Институт неоднократно награждался почетными грамотами от имени Министерства образования РФ, Министерства культуры РФ, Губернатора Санкт-Петербурга, комитетов по науке и высшей школе, по здравоохранению и других государственных и общественных учреждений и организаций.

Администрация Института: ректор Института — доктор психологических наук и кандидат медицинских наук, профессор Решетников Михаил Михайлович, член Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации РФ. Первый проректор — кандидат психологических наук Муханова Надежда Александровна.

Оплата за обучение: дневная форма (1-е высшее) эквивалентна 50 МРОТ в год, вечерняя и заочная формы — 42 МРОТ (в связи с опережающим ростом МРОТ его уровень установлен равным 1100 руб.). Уже внесенная оплата в соответствии с договором в последующем не индексируется, повышение ежегодной оплаты не превышает уровня инфляции за прошедший год (10–12%).

Телефоны для справок: учебный отдел — (812) 235-11-39; бухгалтерия — (812) 235-58-10; референт ректора — (812) 235-28-57 (+факс); первый проректор — (812) 380-76 51.

E-mail: veip@yandex.ru **Сайт:** http://www.oedipus.ru

СОБРАНИЕ СОЧИНЕНИЙ ЗИГМУНДА ФРЕЙДА
в 26 томах

Порядок выхода издания

Том 1. *Исследования истерии* (1895).

Том 2. *Автопортрет.* Краткая автобиография (1885); Отчет о моей стажировке в Берлине и Париже, предпринятой благодаря юбилейной стипендии университета (1886); Автопортрет (1925); Автобиографическая заметка (1899); Об истории психоаналитического движения (1914); Краткий очерк психоанализа (1924); Сопротивление психоанализу (1925).

Том 3. *Одержимость дьяволом. Паранойя.* Психоаналитические заметки об одном случае паранойи (dementia paranoides), описанном в автобиографии (1911); Один случай невроза в форме одержимости дьяволом в семнадцатом веке (1923).

Том 4. *Навязчивые состояния. Человек-крыса. Человек-волк.* Заметки об одном случае невроза навязчивого состояния (1909); Из истории одного инфантильного невроза (1919).

Том 5. *Дора. Маленький Ганс.* Фрагмент анализа истерии (1905); Анализ фобии пятилетнего мальчика (1909).

Том 6. *Любовь и сексуальность.* Покрывающие воспоминания (1899); О половом просвещении детей (1907); Инфантильные сексуальные теории (1908); Семейный роман невротиков (1909); О психологии любви (1910; 1912; 1918); Два образчика детской лжи (1913); Превращение влечений в свете анального эротизма (1917); Инфантильная генитальная организация (1923); Конец эдипова комплекса (1924); Некоторые психические последствия анатомического различия между

полами (1925); О либидозных типах (1931); Женская сексуальность (1931).

Том 7. *Три очерка по теории сексуальности* (1905).

Том 8. *Психопатология обыденной жизни* (1901).

Том 9. *Остроумие и его отношение к бессознательному* (1905).

Том 10. *Динамика переноса*. Применение толкования сновидений в психоанализе (1911); Динамика переноса (1912); Рекомендации врачу, проводящему психоаналитическое лечение (1912); Начальный этап лечения (1913); Воспоминание, повторение и переработка (1914); Заметки о любви в переносе (1915); Анализ конечный и бесконечный (1937).

Том 11. *Психоаналитическая клиническая теория*. На каких основаниях можно выделить из комплекса симптомов неврастении определенный синдром – «невроз тревоги» (1895); Об этиологии истерии (1896); Роль сексуальности в этиологии неврозов (1898); Мои взгляды на роль сексуальности в этиологии неврозов (1906); Истерические фантазии и их связь с бисексуальностью (1908); Характер и анальный эротизм (1908); Общие сведения об истерическом припадке (1909); Психогенное зрительное расстройство в свете психоанализа (1910); Невротические типы приобретения болезни (1912); Предрасположенность к неврозу навязчивого состояния. К вопросу о выборе невроза (1913); Сообщение об одном случае паранойи, противоречащем психоаналитической теории (1915); Ребенка бьют (1919); О психогенезе одного случая женской гомосексуальности (1920); Некоторые невротические механизмы ревности, паранойи и гомосексуальности (1922); Невроз и психоз (1924); Утрата чувства реальности при неврозе и психозе (1924); Торможение, симптом и страх (1926).

Том 12. *Тотем и табу* (1912).

Том 13. *Статьи по метапсихологии.* Описание двух основополагающих элементов психического процесса (1911); Некоторые замечания о значении термина «бессознательное» в психоанализе (1912); Введение в нарциссизм (1914); Влечения и превратности влечений (1915); Вытеснение (1915); Бессознательное (1915); Метапсихологическое дополнение к теории сновидений (1917); Скорбь и меланхолия (1917).

Том 14. *Статьи по метапсихологии-2.* По ту сторону принципа удовольствия (1920); Я и Оно (1923); Экономическая проблема мазохизма (1924); Заметка о «чудесном блокноте» (1925); Отрицание (1925); Фетишизм (1927); Расщепление Я в процессе защиты (1938).

Том 15. *Статьи по теории культуры.* Массовая психология и анализ я (1921); Будущее одной иллюзии (1927).

Том 16. *Статьи по теории культуры-2.* Неудобство культуры (1930); «Культурная» половая мораль и нервозность современной жизни (1908); Мысли о войне и смерти, навеянные текущими событиями (1915); Почему война? (1933).

Том 17. *Статьи по психологии религии.* Моисей-человек и монотеистическая религия (1939); Навязчивые действия и религиозные ритуалы (1907); Предисловие к «Проблемам психологии религии» Т. Рейка (1919); Обретение огня (1932); Психоанализ и телепатия (1921).

Том 18. *Об искусстве и художниках.* Бред и сны в «Градиве» В. Йенсена (1907); Одно детское воспоминание Леонардо да Винчи (1910); Расстройство памяти на Акрополе (1936).

Том 19. *Об искусстве и художниках-2.* Психопаты на сцене (1906); Поэт и воображение (1908); Мотив выбора ларца (1913); Моисей Микеланджело (1914); Дополнение к статье о Моисее Микеланджело (1927); Преходящее (1916); Некоторые типы характера, изученные в ходе психоаналитической работы (1916); Параллели между мифологией и одним образным навязчивым

представлением (1916); Детское воспоминание из «Поэзии и правды» (1917); О жутком (1919); Достоевский и отцеубийство (1928); Премия Гете (1930); Заключение совета факультета по процессу Гальсмана (1931); Предисловие к книге Мари Бонапарт «Эдгар По, психоаналитический очерк» (1933); Голова медузы (1940).

Том 20. *Вводные лекции по психоанализу* (1917).

Том 21. *Новый цикл вводных лекций по психоанализу* (1933).

Том 22. *Очерк психоанализа.* Очерк психоанализа (1940); О психоанализе (1909); Интерес к психоанализу (1913); Трудности при психоанализе (1917); Психоанализ (1923); Теория либидо (1923); К вопросу о любительском анализе (1926); Конструкции при анализе (1937).

Том 23. *К вопросу о трактовке афазии* (1891).

Том 24. *Статьи о кокаине.* О коке (1884); Сведения о воздействии коки (1885); Общее воздействие коки (1885); Экспертное заключение о кокаине Парке (1885); Заметки о кокаинизме и страхе перед кокаином (1887).

Том 25. *Статьи о сновидениях и толковании сновидений.* Вещий сон (1899: 1941); О сновидении (1901); Сновидения в фольклоре (1911: 1958); Сновидение как аргумент (1913); Сказочные мотивы в сновидениях (1913); Сновидение и телепатия (1922); Некоторые дополнительные замечания об основных принципах толкования сновидений (1925).

Том 26. *Толкование сновидений.*

Также информацию о графике выхода томов и стоимости изданий можно получить по телефону: (911) 706-15-09.

Книги высылаются наложенным платежом после поступления заявки с гарантией оплаты.

Заявки можно присылать по адресу: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр., П. С., 18-А, издательство «Восточно-Европейский Институт Психоанализа» или по электронной почте: editor@oedipus.ru.

Михаил Решетников
Трудности и типичные ошибки начала терапии

Выпускающий редактор: Марина Красноперова
Верстка: Елена Кузьменок
Корректор: Татьяна Брылева

Подписано в печать 15.01.09 Гарнитура «Петербург».
Формат 60x84 $^{1}/_{16}$. Объем 16 печ. л. Печать офсетная.
Тираж 3000 экз. Заказ №

Издательство
«Восточно-Европейский
Институт психоанализа»
197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П. С., 18-А.
Телефон: (812) 235-28-57
E-mail: editor@oedipus.ru

Отпечатано по технологии CtP
в ОАО «Печатный двор» им. А. М. Горького
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.